

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N°

78

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900 à 1 heure

Par EUGÈNE OSTY

Né à Paris le 16 mai 1874

*

DE

L'APPENDICITE HERNIAIRE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

78

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 28 novembre 1900 à 1 heure

Par EUGÈNE OSTY

Né à Paris le 16 mai 1874

*

DE

L'APPENDICITE HERNIAIRE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : { MM. FOURNIER, professeur.
GAUCHER et VARNIER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILÉAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. AIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRE D'EXTERNAT

MM. GUILLEMAIN (1893), DEMOULIN (1899),
TAPRET (1899), PROF. PINARD (1900)

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MM. TILLAUX, PEYROT. JALAGUIER
WALTHER, DUGUET, MACAIGNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

PREFACE

Le 13 mars 1900, en notre présence, M. Guillemain, chirurgien des hôpitaux, ouvrait un abcès de la région crurale chez une femme de 48 ans, abcès dont la cause paraissait des plus difficiles à fixer, lorsqu'à notre grand étonnement, il fut trouvé, dans une poche suppurée, l'appendice hernié et gangréné, seule raison, à n'en pas douter, de tous les accidents.

Ce fait nous donna la curiosité de rechercher, à travers la littérature médicale, ce qui pouvait avoir été écrit sur un pareil mode de hernie ; et le résultat de notre lecture fut que nous décidâmes de faire *de l'appendicite herniaire* le sujet de notre thèse.

Cependant, à lire la partie historique de ce travail, on se demandera pourquoi, après tant de travaux parus sur les hernies de l'appendice et l'appendicite herniaire, nous avons commis celui-ci ?

C'est que, d'abord, la plupart des auteurs de ces travaux se sont trop attachés aux hernies de l'appendice, au grand détriment de la complication appendicite.

C'est que, en second lieu, ces auteurs, ceux de 1894 surtout, les plus importants, s'ignorant les uns les autres et ne disposant, chacun dans son rayon, que de quelques

observations, se sont surtout attachés à décrire le point de la question que leur suggérait seulement et nécessairement l'exiguité de leur champ d'étude.

C'est qu'enfin nous avons jugé que si la plupart de ces excellents travaux tenaient cachées, parmi de nombreuses pages, des idées-perles, en glanant de-ci de-là ce qu'ils avaient de très bon, nous ne pouvions qu'aboutir à un travail utile.

Il ne faudrait pas, cependant, voir dans cet ouvrage une simple compilation où l'auteur aurait seulement fourni la forme et porté quelque peu d'ordre.

Nous nous sommes astreint à lire, non seulement les travaux d'ensemble parus récemment, mais tout ce que nous avons pu trouver touchant de près ou de loin la question et nous avons recueilli et lu toutes ou presque toutes les observations publiées. Et la lecture des textes comme celle, très attentive, des cas multiples, nous a fait vivre, pour ainsi dire, l'*appendicite herniaire* depuis l'époque peu éloignée où son apparition étonnait jusqu'aujourd'hui où elle a conquis droit d'étude dans nos récents traités classiques.

Cette revue de toutes les idées émises à ce sujet, de tous les fragments d'études sur cette question, de toutes les observations parues, nous a permis de nous constituer une sorte de bon sens critique et impartial devant lequel nous avons fait comparaître tour à tour les différents chapitres de notre travail.

Au cas où la valeur de notre étude serait contestée, notre modestie se contenterait d'avoir permis à un travail ultérieur plus de facilité de travail par le gain

considérable de temps, par l'épargne de labeur que lui procureront notre bibliographie complète, croyons-nous, et l'exposé de presque toutes les observations parues, ainsi que l'indication de leur lieu d'origine.

Nous aurions voulu faire plus et publier *in-extenso* tous ces cas disséminés, mais le développement excessif qu'en aurait pris ce petit ouvrage nous en a détourné. Le lecteur curieux saura, d'ailleurs, où se reporter si quelque observation lui semble à lire.

D'autre part nous publions dans toute leur ampleur, avec une inédicté que nous devons à l'obligeance de M. Guillemin, celles des observations qui nous ont paru les plus intéressantes, tant par l'abondance de leurs détails que par la *diversité des cas*, de sorte que par leur lecture, et malgré leur petit nombre, il sera facile de passer rapidement en revue les divers aspects cliniques de l'appendicite herniaire et de se rendre compte que, si l'appendicite abdominale est pleine d'imprévus déconcertants, en l'appendicite des hernies elle peut voir une émule triomphante.

DE

L'APPENDICITE HERNIAIRE

INTRODUCTION

Avant les travaux de Malgaigne et de Gosselin sur les hernies et la nature de leurs accidents, il régnait cette idée : que trois sortes de complications menaçaient une hernie : son engouement, son inflammation et l'étranglement de l'intestin. Et tous les traités successifs de pathologie chirurgicale s'étendaient abondamment sur la symptomatologie de ces accidents, renchérissant en détail les uns sur les autres, et insistant sur l'importance de leur différenciation clinique ; de cette différenciation découlait, en effet, le mode de conduite, assez contemplatif dans l'engouement, aussi antiphlogistique que possible dans l'inflammation et dans l'étranglement, variable suivant le tempérament du praticien : taxis ou intervention opératoire.

Engouement, inflammation herniaire et entéroccèle étranglée, étaient presque au même titre, trois complications

entités, pour ainsi dire. La meilleure volonté des auteurs parvenait cependant assez difficilement à édifier, pour chacune, une allure clinique propre et caractéristique. Différant l'une de l'autre, non par la qualité, mais par l'intensité de leurs symptômes, l'appréciation clinique basée sur cette relativité devait nécessairement revêtir l'indécision des phénomènes sur lesquels elle s'appuyait. Cela prêtait, il est vrai, à des discussions sans fin, mais de ces discussions sans fondements, il ne sortait rien de clair que ceci : à part les cas où l'état dramatique du patient imposait le diagnostic d'étranglement herniaire et une intervention rapide, tout était laissé au génie du chirurgien : le diagnostic à son flair, le traitement à son audace.

Malgaigne, puis Gosselin firent cesser cet état de choses ; leurs études et celles de leurs élèves montrèrent : que ce que les anciens avaient désigné sous le nom d'engouement n'était, à de rares exceptions près, que des phénomènes d'étranglement peu serré ou d'épiplocèle enflammée ; que la péritonite herniaire n'existe pas en tant qu'individualité pathologique et n'est que l'aboutissant commun à diverses causes. Ainsi l'engouement alla rejoindre l'étranglement et l'inflammation herniaire fut inégalement distribuée à toutes les causes dont elle se réclame aujourd'hui.

Et maintenant, dans nos traités classiques, nous voyons que l'engouement herniaire « n'est plus guère accepté que comme une théorie pathogénique capable d'expliquer la production de l'étranglement, que ce soit l'étranglement gazeux (O' Biern, Gosselin) ou l'engoue-

ment par les matières intestinales liquides (H. Lossen) auquel on fasse jouer ce rôle (1) », et nous voyons aussi que l'inflammation herniaire, le plus souvent, n'est que le retentissement sacculaire d'une phlegmasie ayant comme point de départ un organe hernié : épiplocèle enflammée, hernie de la trompe avec salpyngite et surtout entéroccèle étranglée et appendicite. Or, après l'entéroccèle étranglée, la cause la plus fréquente comme la plus importante de la péritonite herniaire est l'appendicite : *la plus fréquente*, cela ressort clairement du nombre considérable d'observations que nous avons pu recueillir, surtout si l'on considère que beaucoup de cas de ce genre n'ont pas été publiés et que parmi ceux publiés un très grand nombre a certainement échappé à notre investigation : *la plus importante*, puisque, comme on pourra le voir dans la suite, étranglement et appendicite herniaire ont très souvent la même allure clinique et présentent toujours la même gravité nécessitant un traitement identique et indiscutable : la kélotomie.

D'autre part si l'on compare les anciennes observations d'engouement et d'inflammation à celles récentes d'appendicite herniaire, on verra qu'il n'y a quelquefois de différence que de degré d'intensité dans les symptômes et que le plus souvent les situations se peuvent exactement superposer. Il est d'ailleurs très rationnel d'admettre que quelques-unes et même bon nombre d'appendicites herniaires peuvent se présenter sous une forme atténuée et guérir à la manière de ces appendicites légères que l'on

1. Berger. *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. T. VI, p. 98.

observe si souvent dans la cavité abdominale. Qu'il y a-t-il donc d'étonnant qu'à une époque, où toute intervention sanglante était une inquiétude, on ait mis très souvent sur le compte de l'engouement et de la péritonite herniaire des phénomènes qui, en réalité, dépendaient d'une appendicite mais dont on n'avait pu contrôler anatomiquement la cause, le peu d'importance des symptômes n'ayant pas exigé l'acte opératoire ?

Nous n'exagerons pas à plaisir l'importance de l'appendicite en chirurgie herniaire. Cette complication a obtenu droit d'entrée dans nos récents traités classiques et les chapitres qui la concernent s'étendent à mesure que de nouvelles éditions se publient.

MM. Berger et Jalaguier (1) dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus en ont signalé la menace et les allures. M. Lejars (2), dans son *Traité de chirurgie d'urgence* s'est très longuement étendu sur les indications thérapeutiques que dictent pendant la kélotomie les lésions que l'on rencontre.

1. Berger. *Traité de chir.* Duplay-Reclus. T. VI, p. 100. Jalaguier. *Traité de chir.* Duplay-Reclus. T. VI, p. 617.

2. Lejars. *Chirurgie d'urgence*, p. 642.

HISTORIQUE

Un des premiers ou le premier, Morgagni mentionna (vers 1745) la possibilité de la présence de l'appendice dans les hernies et en publia plusieurs cas. Puis un long temps s'écoula sans qu'il fût question de faits de ce genre.

Lorsqu'en 1785 Hévin fit entrer dans la littérature médicale le premier cas, croyons-nous, d'appendicite herniaire. Et il est merveilleux de voir comment, à une époque aussi peu accoutumée à l'appendice et aux appendicites, ce fait, étonnant pour alors, d'une appendicite herniaire fut très judicieusement interprété. Nous citons textuellement les termes en lesquels Hévin, professeur royal de chirurgie à Paris, s'exprimait dans son Cours de Pathologie et Thérapeutique chirurgicales :

« Je me trouvais à l'ouverture d'un grand dépôt qui s'était fait par congestion à la partie supérieure et interne de la cuisse et qui s'étendait jusqu'au dessous de sa partie moyenne, je fus très surpris d'en voir sortir une énorme quantité de sanie putride dont l'odeur vraiment stercorale me fit soupçonner que quelque portion d'intestin s'était trouvée pincée sous l'arcade crurale et s'y était ouverte par la mortification dont les tissus graisseux du foyer de l'abcès étaient atteints. Effectivement, à l'ouver-

ture du sujet qui périt très promptement, M. Marigue, chirurgien du malade, reconnut que *l'appendice vermiforme* du cœcum avait glissé sous le ligament de Fàllope auquel il était adhérent, qu'elle s'y était *percée* et avait permis l'issue des sucs excrémenteux fluides dans les tissus graisseux, pendant que les matières solides avaient continué de passer par l'anus ».

Puis, quelques années après, à mesure qu'il entra mieux dans les mœurs de rechercher par l'autopsie les désordres soupçonnés chez le vivant, les chirurgiens publièrent çà et là des faits de hernie de l'appendice en assez grande quantité et aussi, mais en nombre moindre, des cas d'appendice herniaire. Amyaud, en 1802, trouva dans une hernie scrotale l'appendice adhérent à l'épiploon. Morse, à la même époque, présenta une observation de hernie crurale droite contenant l'appendice et qui s'était compliquée de l'inflammation de ce dernier. En 1805 Schwenk, Frischter en 1806 (thèse de Tubinge) publièrent et commentèrent longuement des cas d'appendicite herniaire.

Puis, rien de marquant ne fut écrit sur ce sujet jusqu'à 1836, époque où Merling fit un travail sur l'anatomie pathologique du processus vermiforme (in thèse d'Heidelberg) et dans laquelle « il indiqua la plupart des faits qui avaient été publiés sur les anomalies et les maladies de l'appendice iléo-cœcal et raconta plusieurs faits recueillis par lui-même ou que lui avait communiqués le professeur Tiedmann. Il citait deux cas d'étranglement de l'appendice cœcal dans une hernie : dans le premier cas, la malade fut opérée et guérit ; dans le second, la petitesse de la hernie, qui ne faisait pas tumeur à l'extérieur, empêcha

de reconnaître la cause des symptômes et la malade mourut, à l'autopsie on trouva l'appendice gangréné dans le canal inguinal ».(1).

Avec Merling, peut-on dire, s'ouvrait une ère qui de toutes parts verra surgir des observations d'appendicite herniaire.

En Italie, Taramelli avait (*in Annali universali di Medicina*, 1835) rapporté l'observation d'une opération de hernie inguinale droite, chez une femme de 78 ans, pratiquée avec succès à l'hôpital de Milan et qui était formée exclusivement par l'appendice cœcal étranglé. L'année suivante Carlo Javamelli publie une thèse où il parle de la hernie de l'appendice et cite des cas d'étranglement de cet organe

En France, un an après (1837) on pouvait lire dans le *Journal de la Société de Médecine de Nantes* (53^e livraison, p. 133) le compte-rendu de la séance du 10 mars contenant ce qui suit : « M. Charyau demande à intervenir l'ordre du jour. Il s'agit d'un enfant de 4 mois, atteint d'une hernie inguinale du côté gauche. L'intestin descend dans le scrotum. Le 23 février, la mère s'aperçoit que la hernie n'était pas réduite. Plus tard toute réduction étant devenue impossible, l'opération du sac est faite et le cœcum parfaitement reconnaissable à son appendice fut trouvé dans la poche herniaire située à gauche. On crut d'abord à la présence d'un ver, mais on s'assura d'une manière positive que c'était le prolongement vermiforme

1. Cité par Cabaret dans le *Journal des connaissances médico-chirurg.* 1842.

du cœcum. L'enfant est au 12^e jour de l'opération et sa guérison est certaine ».

Cependant qu'en Allemagne Sœmmering, Hesselbach, puis plustard Dieffenbach (1841), Lehmann (1862), citaient de nombreux cas d'appendice hernié et quelques-uns d'appendicite herniaire.

Malgaigne effleure la question dans son mémoire sur les étranglements en 1841 et Guersant fils publie un cas très intéressant dans la *Gazette des Hôpitaux* de la même année.

L'année d'après (1842) Cabaret, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, écrit un article sur la hernie crurale de l'appendice et le fait suivre d'une observation très complète d'un cas où l'appendice gangrené composait seul une hernie de ce genre.

Des cas isolés furent ensuite publiés, dont le plus retentissant fut celui que G. Dujardin-Baumetz, alors interne de Velpeau fit insérer dans la *Gazette des hôpitaux* de 1859, on en trouvera l'observation complète à la fin de notre ouvrage.

Mais rien n'avait encore paru sur l'appendice hernié qui fut un travail d'ensemble. Chacun des auteurs que nous venons de citer n'avait publié que ses cas personnels, sans s'occuper des autres cas semblables observés ailleurs. Quelques thèses, cependant, avaient paru ; nous les avons signalées : celle de Javamelli, celle de Merling, mais en lesquelles ces médecins n'avaient fait qu'effleurer la question appendicite herniaire ; ils en parlaient, en passant, dans l'étude plus générale qu'ils faisaient sur les hernies. Cabaret avait bien publié quelques colonnes sur

les hernies crurales de l'appendice, mais il avait fait plutôt une citation qu'une étude; il s'était étonné de la bizarrerie du cas qui s'était présenté à lui et n'avait eu d'autres ambition que de faire partager son étonnement à ses contemporains.

Il faut arriver à Klein en 1858, pour voir tous les cas disséminés résumés et groupés et de nouveaux paraître. Malheureusement, la plus grande partie des observations qui lui sont personnelles se rapportent à des trouvailles d'autopsie ou à des pièces anatomiques.

Puis de nouveaux cas isolés se publient de tous côtés qui resteront *incollectés* jusqu'au travail relativement récent de Brieger. — Ch. Monod (1868) Pick dans the *Lancet* (1881) Sand et Edwaard Swasey à New-York, Thompson dans le *British medical Journal* (1882) Bayer (1886) Pollosson (1888-93) Delorme du Val de Grâce (1891) firent paraître des observations d'appendicite herniaire dont on trouvera la teneur résumée et la source littéraire au chapitre des observations.

Pendant ce temps, M. Tuffier, dans les *Archives Générales de Médecine* 1887, étudiait le mécanisme des hernies du cœcum et du même coup fixait la pathogénie des hernies de l'appendice. Mérigot de Treigny reprenait et commentait les idées de ce chirurgien dans sa thèse sur les hernies du gros intestin qui parut la même année.

C'est surtout à partir de 1892, que la partie clinique des hernies de l'appendice est bien étudiée, M. Le Dentu y consacre plusieurs cliniques et relate deux cas de hernies de cet organe. Thierry rapporte à la Société d'anatomie, (juillet 1892) un cas des plus intéressants de hernie ingui-

nale de l'appendice et l'accompagne de quelques commentaires en lesquels il distingue deux variétés de hernies de l'appendicite : la hernie cœco-appendiculaire et la hernie de l'appendice seul et pour cette dernière, il risque le néologisme heureux d'appendicocèle. Reclus avait un mois plus tôt (15 juin 1892) signalé à la même société un cas de hernie ombilicale de l'appendice.

Enfin, nous arrivons à Brieger qui publia (in Arch. f. Klin. Chir. XV, 1893) le premier travail important sous le titre : *Hernies de l'appendice vermiciforme*. Il y réunit 28 cas de hernie de l'appendice seul, d'appendicocèles, depuis le mémoire de Klein, bon nombre s'étant compliqués d'appendicite. Et il s'efforça de démontrer que ces hernies sont bien plus fréquentes que tout d'abord on le pourrait croire.

En même temps paraissaient en France les relations de Pollosson, Richelot, Nicaise, etc., et l'année suivante, (1894-95) vit une pléiade de thèses sur les hernies de l'appendice et de l'appendicite herniaire : thèse de Charnois à Lyon, inspirée des idées de M. Pollosson ; à Paris : thèses de Sauvage, Rivet, Alt, Bariéty, soutenues les trois premières à quelques jours d'intervalle.

Dans *lo sperim. sér. clinica*, 1896, n° 17-18. Bajardi étudiait en Italie cette question et les deux dernières études que nous trouvons dans la suite sur ce sujet sont : la thèse de Briançon en 1897 et l'article de Taillefer sur *l'appendicite herniaire* paru la même année dans *l'Indépendance médicale* (Indép. méd. 1897, p. 36).

Récemment des cas de hernies de l'appendice ont été

signalés à la société anatomique par MM. Souligoux, Potherat, Audistère, Castaigne, etc.

Enfin M. Guillemain nous a communiqué un cas d'appendicite herniaire que nous publions à la fin de cet ouvrage.

De cette rapide revue chronologique il nous sera permis de conclure que, si les origines de l'appendicite herniaire sont peu lointaines dans le temps, cette affection (rare seulement par rapport à l'entérocele étranglée d'insupportable fréquence) mérite mieux que d'être l'obs-cure complication des hernies que l'on croit pouvoir ignorer.

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Pour ne plus avoir, dans la suite, à parler des Hernies de l'appendice sain, nous traiterons ici, aussi rapidement que possible la partie étiologique et pathogénique de cette hernie non compliquée, indispensable à l'ensemble de notre étude. De cette manière nous nous éviterons aux chapitres suivants bien des explications et il nous sera possible de nous occuper uniquement de l'appendicite herniaire, le véritable sujet de notre ouvrage.

Les causes générales de la hernie du cœco-appendice sont nécessairement les mêmes que celles des hernies en général. Il est des hernies de force et des hernies de faiblesse, des hernies acquises et des hernies congénitales, selon le point de vue auquel on se place.

Dans les divers ouvrages que nous avons lus, on discute longuement pour savoir si la Hernie acquise de l'appendice seul est possible, si les hernies congénitales sont simplement la majorité ou la règle absolue.

A la façon dont la question est envisagée il nous semblerait curieux de voir un résultat sérieux en sortir, nous allons faire comprendre pourquoi.

A notre avis on devrait partager cette question en deux, considérer à ce sujet successivement la hernie cœco-appendiculaire chez l'homme et chez la femme.

Chez l'homme, il est bien évident que la hernie cœco-appendiculaire congénitale est de beaucoup la plus fréquente. Est-il besoin de le prouver ? D'abord, on trouve dans les statistiques beaucoup d'enfants en bas âge et dans les observations la plupart des cas sont relatifs à des malades portant leur infirmité depuis leur enfance. Ensuite beaucoup des appendicocèles opérées présentaient une adhérence de l'appendice au testicule. Enfin, si les hernies de l'appendice seul sont fréquentes, comme la lecture des observations nous l'a prouvé, est-il bien facile d'admettre qu'un organe aussi frêle, aussi mobile et flexible puisse, si la voie ne lui est ouverte, se la créer lui-même à travers un canal inguinal intact ? Nous admettons donc l'existence de la hernie cœco-appendiculaire acquise mais seulement dans quelques-uns des cas où le cœcum fera partie de la hernie primitivement ; dans tous les autres cas où l'appendice est seul hernié ou primitivement hernié, nous prétendons qu'il s'agit d'une hernie congénitale.

Mais si, chez l'homme, la hernie congénitale est si fréquente, cela tient à ce que ces hernies sont presque toujours inguinales et qu'il leur offre son canal vagino-péritonéal non oblitéré. N'en sera-t-il pas tout autrement chez la femme où la hernie cœco-appendiculaire inguinale (1) est rare ? rare, parce que le trajet inguinal est très serré, rare parce que précisément le canal de Nück est bien moins hospitalier que le canal homologue de

1. Nous disons cœco-appendiculaires « car les hernies inguinales en général sont plus fréquentes que les crurales chez la femme ».
Berger.

l'homme. Et, point capital, la femme fait presque exclusivement des hernies crurales cœco-appendiculaires, or, il ne saurait y avoir de hernie crurale congénitale à moins de malformations imprévues et rares. Donc les hernies chez la femme doivent être le plus souvent des hernies acquises de faiblesse ou de force, peu importe, et c'est ce qui explique en partie comment les hernies sont moins fréquentes chez la femme que chez l'homme. Pourquoi, dès lors, engager des discussions générales sur les hernies acquises et congénitales? Il faut faire distinction de sexe. Mais passons.

Parmi les hernies du gros intestin, celles du cœco-appendice sont de beaucoup les plus fréquentes, fait que rend quelque peu paradoxal la comparaison du cœcum, le plus souvent bien fixé, avec l'S iliaque pourvu fréquemment d'un assez long méso et le colon transverse très mobile aussi et refoulé constamment en bas par de lourds viscères, le foie et l'estomac. Cependant c'est l'opinion de M. Tuffier et Mérigot de Treigny sur 163 hernies du gros intestin a trouvé 82 fois ceux du cœco-appendice, c'est-à-dire dans la moitié des cas, par rapport aux hernies de toutes les autres portions de l'intestin.

A quelles époques de la vie s'observe de préférence cette hernie?

A ce sujet l'on rencontre chez les divers auteurs qui ont écrit sur la hernie de l'appendice des opinions presque absolument contraires. Rivet s'exprime ainsi: « le jeune âge a une influence manifeste sur les hernies du cœcum et de l'appendice, ces hernies sont très fréquentes au-dessous de 15 ans ». Nous sommes parfaitement de

cet avis en nous appuyant d'une part sur les chiffres des statistiques et d'autre part sur l'opinion raisonnée de MM. Mérigot de Treigny, Launois et Renaut. Dans sa thèse passée à peu près à la même époque que celle de Rivet, Sauvage dit : « les Hernies cœco-appendiculaires deviennent plus fréquentes dans la vieillesse, contrairement à l'appendicite qui devient à cette époque exceptionnelle ». Si M. Sauvage entend comprendre que les hernies sont plus nombreuses dans la vieillesse nous nous rangeons à son avis, mais s'il prétend qu'elles apparaissent plus fréquemment à cette époque, nous pensons exactement le contraire. Les observations d'appendicite herniaire insistent presque toutes sur ce fait qu'au moment de l'apparition des accidents la hernie vieille et réductible est subitement devenue plus volumineuse et irréductible. Et nous nous élevons résolument contre la dernière moitié de la conclusion de M. Sauvage, tendant à affirmer que l'appendicite intra-herniaire est exceptionnelle chez les sujets âgés, or c'est précisément à partir de 50 ans et chez de très anciens hernieux que huit fois sur dix apparaît la complication appendicite.

Mais revenons à l'influence de l'âge sur les hernies du cœco-appendice sain. Chez les jeunes sujets mâles principalement cette hernie est très fréquente et bien souvent passe inaperçue surtout si l'appendice seul est hernié. Chez les sujets âgés cette hernie est plus fréquente encore (puisque au nombre des hernieux jeunes et qui ont vieilli s'est ajouté celui des hernieux tardifs), mais remonte le plus souvent au jeune âge. Chez la femme où la hernie cœco-appendiculaire est presque toujours crurale nous

pensons qu'il en est différemment et que ces hernies sont tardives dans la grande majorité des cas.

Presque toujours c'est à droite que l'on observe ces hernies crurales et inguinales, cependant il faut savoir qu'on en a observé quelques cas à gauche : 4 inguinales et 1 crurale à notre connaissance, deux de ces hernies inguinales gauches, compliquées d'appendicite sont citées à la fin de notre ouvrage.

L'appendice peut se hernier par tous les orifices abdominaux. On a vu des hernies diaphragmatiques de cet organe, nous connaissons 5 cas de hernie ombilicale dont un avec complication inflammatoire (cas de Rivet).

Et maintenant que nous savons à quelles lois générales obéissent les hernies cœco-appendiculaires, voyons par quel mécanisme se font les hernies de l'appendice et comment l'appendice hernié se complique d'appendicite.

A. — *Comment se produit la hernie Cæco-appendiculaire ?*

Il importe, pour résoudre cette question, d'envisager séparément les cas où l'appendice est hernié avec le cœcum et ceux où seul il constitue la hernie. Ce n'est pas une distinction précieuse.

M. Tuffier dans les *Archives générales de médecine* (1887-*Cæcum et ses hernies*) a nettement établi le mécanisme de la première variété de ces hernies. Cet auteur s'appuie, à cet effet, sur une étude personnelle et toute nouvelle de l'appareil suspenseur du cœcum ; nous ne la reproduirons pas ici. Cependant nous citerons, du même

travail, le passage suivant qui, beaucoup mieux que nous saurions le faire, résume les déductions cliniques que l'étude anatomique du cœcum a suggérées à M. Tuffier.

« Le mécanisme de ces hernies, dit-il, est tout entier dans le mode de suspension du cœcum ; il ne peut s'expliquer que par défaut ou distension du ligament supérieur, que ces dispositions soient *congénitales ou acquises*. On peut à ce point de vue, lui considérer deux variétés : hernies cœcales simples, hernies cœcales compliquées. Dans le premier cas, le cœcum s'engage en présentant directement l'appendice en bas. Si le ligament inférieur l'arrête dans sa descente, il se présentera par son flanc droit et s'engagera, toujours recouvert de la séreuse. Dans le deuxième cas, la hernie cœcale se complique de hernie colique ou de la présence de l'intestin grêle ; le côlon se dépouillera de sa séreuse pour satisfaire à la distension du sac dès lors incomplet. Quant à la descente sous-péritonéale du cœcum, c'est au côlon qu'elle s'adresse. Les hernies primitivement dépourvues de sac sont des hernies coliques contenant secondairement le cœcum recouvert de son péritoine ».

De ces lignes nous retirerons seulement les notions suivantes : que dans les hernies acquises c'est le cœcum ou le côlon qui descendent les premiers, l'appendice ne vient qu'en dernier lieu, que dans les hernies congénitales, c'est l'appendice qui vient d'abord et le cœcum ensuite ; la hernie se fait, pour ainsi dire, en deux temps : 1^o Appendicocèle, 2^o Hernie du cœcum.

L'*Appendicocèle*, relativement si fréquente qu'elle existe dans la majorité des observations d'appendicite

herniaire, n'est donc que le premier stade, temporaire ou définitif de la hernie cœco-appendiculaire. Cependant, pour qu'elle se produise, il faut des conditions toutes spéciales et que nous allons seulement énumérer : d'abord si la longueur de l'appendice est exagérée, comme dans ces cas où il mesurait jusqu'à 25-30 centimètres, la hernie sera facilitée. Ensuite sa mobilité, son petit volume lui permettront de s'engager sans peine dans un trajet herniaire ; mais tout cela à cette seule condition que la voie soit au préalable préparée. Et elle l'est dans les trois circonstances suivantes : soit que la paroi abdominale, au niveau d'un de ses orifices, soit si lâche, si faible qu'elle laisse glisser sous une faible impulsion, l'appendice, c'est le cas pour la plupart des hernies crurales ; soit qu'il existe un sac herniaire déshabité spontanément ou à la suite d'un taxis, c'est la cause du nombre restant des hernies crurales ; soit enfin et surtout qu'il intervienne une raison de *congénitalité* : persistance du canal vagino-péritonéal et, comme nous l'avons lu en de nombreuses observations, adhérences de l'appendice au testicule, produites sans doute pendant la pérégrination lombo-iliaque de ce dernier organe.

Ainsi hernié, l'appendice peut rester indéfiniment sain et n'être jamais soupçonné ou, fait malheureusement trop fréquent, s'enflammer, nous allons voir de quelle manière.

B). — *Comment l'appendice hernié se complique-t-il d'appendicite ?*

Le fait de la présence de l'appendice dans un sac herniaire ne saurait rien lui retirer des accidents qui le menacent lorsqu'il siège dans l'abdomen. Le fait d'être hernié, rend-il son inflammation plus fréquente ? oui ; la rend-elle plus grave ? elle la rend presque toujours mortelle. Nous allons nous expliquer.

Il est deux séries de causes auxquelles, suivant les cas, il faut attribuer l'appendicite herniaire : les causes communes à toute appendicite et les causes propres à l'appendicite herniaire.

Nous ne nous arrêterons pas aux *causes de l'appendicite en général*.

Nous rappellerons seulement, en passant, qu'il est actuellement deux théories briguant l'honneur de l'expliquer, mais qui de plus en plus tendent à se fusionner :

La théorie de la cavité close, que cette cavité soit produite par un corps étranger (calcul biliaire, calcul stercoral) comme le veut Talamon, ou par lithiasie appendiculaire, tuméfaction des parois, flexion, torsion, etc. comme le veut Dieulafoy.

La théorie de l'infection, l'infection étant au principe et l'occlusion devenant conséquence. Cette infection aurait son point de départ dans le cœcum voisin, elle se ferait par continuité dans des affections comme l'entérite gripale, la fièvre typhoïde, la dysentérie ou bien serait la localisation sur le tissu adénoïde de l'appendice d'une maladie générale, par voie sanguine.

Nous ne perdrons pas notre temps à discuter la valeur respective de ces opinions qui toutes sont bonnes en des cas variés ; aussi bien, comme nous le disions plus haut, des esprits éclectiques tendent-ils à les fusionner, à les grouper en un faisceau de causes variables suivant la diversité des cas.

Les *Causes d'inflammation particulières à l'appendice hernié* nous arrêteront davantage, car leur étude entre complètement dans notre sujet.

L'intestin est très sensible au *froid*, c'est un fait de tous temps reconnu, Malgaigne comparait les hernies aux meilleurs baromètres. Il n'est donc pas invraisemblable que le froid soit en quelques cas au moins une cause provocatrice d'appendicite herniaire. Nous avouons cependant que c'est là une cause d'assez peu d'intérêt et nous passons.

Une cause plus importante, qu'on ne saurait mettre en doute, et qui est bien spéciale à l'appendice hernié c'est le traumatisme : chocs, chutes, pression des vêtements et surtout, nous voudrions insister beaucoup sur ce point, le port du *Bandage*.

On comprendra, en effet, sans peine, quelle cause d'irritation de tout moment doit être pour l'appendice, organe rond, assez épais, incompressible, un bandage à bon ressort qui le comprime sur le pubis, surtout si un taxis de chaque matin a refoulé dans l'abdomen le contenu concomitant du sac, épiploon ou intestin. Rien alors n'atténue la compression et l'écrasement incessant qui se produit de la sorte ne doit pas être tenu pour une cause négligeable de l'apparition d'une appendicite.

Il n'est pas jusqu'au *taxis* lui-même qui trop brutal ou trop souvent répété ne mette à la fin l'appendice dans le plus fâcheux état.

Pour éviter cela il faudrait que le diagnostic de hernie de l'appendice soit facile, ce qui n'est pas le cas, et aussitôt suivi de cure radicale.

D'autre part, quand le cœcum fait lui-même partie d'une hernie, qu'il y ait ou non une autre portion de l'intestin, les matières s'accumulent dans cet organe, d'autant mieux que les hernieux sont le plus souvent des constipés, et tendent à y séjourner plus qu'à l'ordinaire. Longtemps cette stagnation se produit impunément, mais un moment viendra où il en résultera une inflammation localisée à la partie cœcale et qui se propagera presque inévitablement à la muqueuse appendiculaire, et si peu qu'il s'y joigne, par augmentation de volume de l'appendice, l'étranglement secondaire dont nous parlerons plus loin, une appendicite éclatera.

Et d'abord existe-t-il un étranglement appendiculaire ? Oui, si on dénomme étranglement les occlusions produites par des coudures, brides, volvulus, mais alors c'est un mauvais emploi du terme, étranglement n'est pas synonyme d'occlusion. Non, si par étranglement appendiculaire on entend la constriction primitive de l'appendice au niveau d'un anneau herniaire ou du collet du sac. A cette négation nous ne ferons plus loin qu'une restriction dictée par le raisonnement pur et une observation.

L'étranglement appendiculaire est cependant un mode pathogénique qu'ont accepté divers auteurs de travaux sur la hernie appendiculaire. Tout en admettant que les faits

d'étranglement sont la minorité, Brieger et Javamelli ont présenté des cas où l'étranglement leur semblait si bien être la cause des phénomènes appendiculaires qu'ils firent la kélotomie et réduisirent simplement l'appendice à la manière d'une entéroccèle étranglée sans menace de sphacèle et la guérison s'en suivit qui sembla leur donner raison. Il en fut ainsi dans trois cas de Brieger et un de Javamelli.

Rivet traduit à ce sujet les idées de ces auteurs et la sienne propre lorsqu'il dit : « On a pu rencontrer, coïnci-
« dant avec des symptômes complets d'étranglement, l'ap-
« pendice, soit accompagné d'épiploon, soit absolument
« seul, présentant uniquement des symptômes d'étrangle-
« ment. On fut obligé de débrider le collet du sac et l'ap-
« pendice mis en liberté présentait nettement à ce niveau
« un sillon d'étranglement typique, une hypertrophie de
« son volume par congestion, sans lésions susceptibles
« de gangrène et une fois la réduction faite la guérison
« survenir sans encombre, d'une façon semblable à une
« vulgaire entéroccèle étranglée ».

On pourrait de prime abord se laisser aller à accepter cette opinion. Cependant presque tous les auteurs ont nié l'étranglement appendiculaire primitif et ce n'est pas sans raisons. Comment, en effet, l'expliquer ? Ceux mêmes qui l'ont préconisé s'arrêtent à cette question embarrassante, sans la résoudre.

Si, expérimentalement, il y a entre la constriction de l'appendice et celle de l'intestin une grande analogie, tous les symptômes étant d'ordre réflexe sympathique, pathogéniquement on ne saurait assimiler l'intestin dans lequel

circulent gaz et liquides à l'appendice où il ne peut rien circuler. A la rigueur on comprendrait que l'appendice hernié en même temps qu'une portion d'intestin puisse s'étrangler consécutivement à l'étranglement de l'intestin ; mais les cas qu'on avance comme types d'étranglement ont trait à des appendicocèles pures ; alors, pour quelles raisons cette appendicocèle s'étranglerait-elle ? Pour celà, de toute nécessité, il faudrait qu'il y eut soit resserrement des anneaux naturels, or ils sont aponévrotiques et partant non contractiles, soit augmentation de volume de l'appendice, mais alors quelle serait la cause de cette augmentation sinon l'inflammation, c'est-à-dire l'appendicite ? Il y aurait bien ainsi étranglement, mais ce serait un fait secondaire ; l'appendicite ayant débuté, l'appendice augmente de volume et vient s'étrangler de lui-même sur le pourtour tranchant et inextensible de l'anneau naturel.

Donc, la présence de l'anneau de constriction sur l'appendice est une mauvaise preuve de son étranglement puisqu'elle peut se faire après le début de phénomènes inflammatoires.

D'autre part, la présence de lésions légères de l'appendice telles que congestions, œdèmes, épaississements, etc., n'improuve en rien la possibilité d'une appendicite légère.

Enfin, le fait de la guérison après refoulement de l'appendice étranglé dans l'abdomen, prouve seulement ce fait très ancien : qu'une appendicite peut guérir spontanément.

D'ailleurs, dans ce cas, la kélotomie suivie de réduction sans résection de l'appendice, pour être une mauvaise

méthode n'a pas moins servi en l'espèce, à éviter une issue funeste, car l'étranglement secondaire, surajouté à l'appendicite primitive, pour sa propre part aurait inévitablement, par cavité close ou constriction vasculaire, amené la gangrène de l'organe, et parallèlement aurait facilité aux microbes de l'inflammation une besogne dont ils ont coutume de se tirer assez honorablement par eux-mêmes.

Cependant si nous nions, en principe, l'appendicocèle primitivement étranglée, nous l'acceptons dans la seule circonstance où l'appendice engagé en anse dans un trajet herniaire serré, est tassé pour ainsi dire et se comprime d'autant plus qu'il s'engage. Encore intervient-il là le phénomène coudure. M. Lejars, dans son traité de Chirurgie d'urgence, émet cette opinion quand il dit, en parlant des désordres anatomiques de l'appendice étranglé : « Ce
« sont en somme les désordres de l'appendicite aiguë et
« il n'est pas douteux que dans la plupart des cas, le
« processus inflammatoire ne se combine à l'étranglement
« proprement dit », et il ajoute : Maydl a signalé une
« variété rare d'étranglement dans laquelle l'appendice
« n'a glissé dans le sac herniaire que par sa partie
« moyenne infléchie en anse, alors que le bout libre resté
« dans le ventre est seul étranglé. Il a observé le même
« type d'accident sur la trompe utérine et du reste, ces
« étranglements rétrogrades ont été constatés aussi sur
« l'épiploon et sur l'intestin ».

Malgré ce cas unique, sans détails, où l'étranglement paraît évident, il nous est permis d'établir qu'en dehors d'un pareil mécanisme, l'étranglement doit dépendre

d'une inflammation préalable. Réduire un appendice en apparence étranglé c'est donc une imprudence que ne doit pas encourager le succès des quatre cas où cette réduction fut faite. Si nier la possibilité de l'étranglement de l'appendice est une erreur commise, c'est une erreur heureuse, puisqu'en tous les cas elle conduira au seul traitement que dicte la prudence: la résection de l'appendice quand elle est possible.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Comme les hernies inguinales en général, les hernies cœco-appendiculaires peuvent présenter, suivant leur engagement limité par la perméabilité du canal vagino-péritonéal, différents sièges et divers rapports ; nous les rappellerons brièvement.

Le premier degré de hernie est constitué par la présence de la pointe de l'appendice qui vient s'engager dans la partie toute supérieure du canal inguinal. Que l'appendice descende un peu plus, seul ou accompagné du cœcum, et il viendra se placer devant et contre le cordon, dans le scrotum ; cette hernie funiculaire est de beaucoup la plus fréquente. Enfin si le canal vagino-péritonéal n'est oblitéré en aucun de ses points, l'appendice, si ce n'est déjà fait, viendra tôt ou tard se mettre en rapport direct avec le testicule, auquel il pourra même adhérer ; nous avons vu que ce fait n'est pas très rare.

Dans les hernies crurales, la résistance de l'anneau crural, limite seul la descente, de sorte que rien ne s'oppose à ce que l'appendice s'engage jusqu'à l'anneau de Hey.

Suivant le degré de l'engagement et suivant ce qu'elle

contient, le volume d'une hernie cœco-appendiculaire variera donc. On en a vu du volume d'une noix, des crurales surtout; on a vu du volume d'une tête de fœtus, des inguinales exclusivement.

Quoiqu'il en soit, voici comment au cours de la kélotomie, se présente une appendicite herniaire :

Parfois la peau du scrotum est absolument intacte, glissant facilement sur le tissu cellulaire sous-jacent.

Par contre, il n'est pas rare de la rencontrer rouge, œdématisée et quelquefois percée de plusieurs fistules d'où s'échappe incessamment du pus; cela sera la règle dans la forme pseudo-plegmonneuse de l'appendicite herniaire dont nous parlerons plus tard.

Toutes les parties sous-jacentes, jusqu'au sac, peuvent, comme la peau, être intactes ou bien épaissies, œdématisées ou encore infiltrées de pus prêt à s'écouler au dehors. Mais si ces divers tissus peuvent quelquefois se présenter indemnes, il n'en est pas de même du revêtement péritonéal de la hernie, *du sac*, qui nécessairement subit le premier contre-coup de l'inflammation de l'appendice.

En certains cas, on l'a trouvé simplement congestionné, dépoli à la surface. Plus souvent il était très difficile à reconnaître, son épaississement, les fausses membranes qui le recouvraient lui donnant l'aspect et la consistance d'une poche kystique. En des cas très rares, l'inflammation sacculaire s'était propagée à la séreuse abdominale, occasionnant une péritonite généralisée mortelle.

Le sac ouvert, il s'écoule toujours un *liquide*, mais dont les caractères sont des plus variables : tantôt citrin, trans-

parent ; tantôt rendu plus louche par la présence d'abondants flocons fibrineux ; parfois franchement purulent et c'est alors un pus grisâtre, fétide, d'odeur fécaloïde ou gangréneuse ; parfois enfin c'est un véritable épanchement stercoral mêlé de pus et de sang et remplissant la salle où l'on opère d'une odeur insupportable ; il est alors évident que l'on va rencontrer une perforation. La nature de l'épanchement permet d'ailleurs de prévoir presque toujours les lésions que l'on va trouver.

Les cultures et examens microscopiques permettent de rencontrer dans ce liquide tous les microorganismes de l'appendicite commune : coli-bacille seul ou associé, microbes ordinaires de la suppuration (staphylocoques, streptocoques pyogènes), bacilles d'Eberth, de Koch, etc.

L'épanchement écoulé, il est dès lors facile de passer en revue les divers organes qui constituent la hernie.

L'intestin, quand il y en a, cœcum ou intestin grêle, est le plus souvent respecté ou ne présente que d'insignifiantes altérations : congestion, léger dépoli, ne compliquant nullement l'intervention. Cependant on l'a trouvé quelquefois recouvert de fausses membranes et même ecchymosé, sphacélé, *perforé*.

L'épiploon peut présenter les mêmes altérations anatomiques, ordinairement cependant il se contente d'être très adhérent et de cacher l'appendice à l'opérateur.

Pour atteindre ce dernier, dans les cas où l'épiploon fera partie de la hernie, il faudra dégager cet épiploon de toutes ses adhérences et le relever, l'appendice apparaîtra.

Suivant les cas, on trouve l'appendice atteint des di-

verses lésions que l'on rencontre constamment dans l'appendicite abdominale, il peut être simplement congestionné, œdématié, mou et contenir une quantité relativement considérable de mucus et de sérum extravasé qui le distendent, ou bien un abcès pariétal ouvert dans sa cavité y aura constitué une véritable collection suppurée, à moins qu'il n'ait fait irruption dans la poche sacculaire. Enfin, parfois méconnaissable, il n'est plus qu'un petit amas noirâtre, sans contours nets; ramolli, friable, perforé ou complètement sphacélé, exsudant du pus et des matières stercorales.

Mais cette description anatomique n'envisage que le type ordinaire d'appendicite herniaire dans lequel l'appendice, comme les autres organes herniés sont contenus dans un sac péritonéal.

Il est cependant une autre série de faits où l'appendicite herniaire se traduit par une *collection suppurée extra-sacculaire*. Dans ces cas, rares à vrai dire, l'appendice étant dépourvu de sac sur une partie ou la totalité de sa surface, l'inflammation se propage tout d'abord aux tissus du scrotum et épargne presque complètement le sac dont la surface externe seule participe à la phlegmasie. On trouvera tous les détails anatomiques concernant de pareils cas dans deux des observations que nous publions *in extenso* à la fin de notre travail : une de M. Gangolphe parue dans le *Lyon Médical* en 1892, l'autre de M. Aug. Pollosson, développée par Charnois dans sa thèse (1894). C'est en de telles circonstances que l'appendicite herniaire, comme le vulgaire phlegmon des bourses, évolue vers les fistules intarissables.

ÉTUDE CLINIQUE

I. — Symptomatologie.

La symptomatologie de l'appendicite herniaire est-elle différente de celle de l'appendicite abdominale? C'est là une question assez délicate à résoudre. Dans l'abdomen, en effet, que ne simule pas l'appendicite! N'a-t-on pas vu cette affection en imposer quelquefois, même à des chirurgiens très expérimentés, pour une occlusion intestinale, comme l'appendicite herniaire en impose, avec beaucoup plus de fréquence, pour une entéroccèle étranglée? Sans doute, à prendre séparément les tableaux cliniques variés de l'appendicite abdominale et ceux de l'appendicite herniaire on ne trouverait rien dans l'une qui ne soit dans l'autre. Cependant ce serait exagérer que d'assimiler complètement ces deux affections et de ne voir entre elles qu'une différence de lieu.

Le fait d'être dans une hernie imprime aux symptômes habituels de l'appendicite une exagération que nous avons essayé de faire prévoir au chapitre de la Pathogénie.

D'abord, le siège même de l'appendicite herniaire lui enlève toute sa physionomie locale en éveillant par dessus tout l'idée d'une entéroccèle étranglée. Ensuite, si l'appendice est seul hernié et enflammé, l'augmentation de vo-

lume consécutif l'étranglera sur l'anneau naturel et l'étranglement viendra ajouter à l'inflammation pure, une marche fatale vers la gangrène, aggravant du même coup les symptômes. C'est de cette façon que nous interprétons les cas comme celui de M. Guinard où, après le début des premiers phénomènes, plusieurs jours se passèrent dans une sorte d'état herniaire inflammatoire subaigu, puis en quelques heures l'évolution changea rapidement d'allure et mit en peu de temps le malade dans un état des plus inquiétants.

Enfin, dans les cas fréquents où l'appendice n'est pas seul dans la hernie, quand il y cohabite, par exemple, avec l'épiploon, le cœcum ou une anse d'intestin grêle, l'appendicite devient évidemment alors une horrible menace, car l'épiploon secondairement enflammé pourra transmettre son inflammation au péritoine abdominal et provoquer ainsi une péritonite généralisée ; car le cœcum et l'iléon, dans cette poche herniaire suppurée vont fatalement participer à l'inflammation, se distendre et, au besoin, s'étrangler, ajoutant de la sorte l'occlusion intestinale vraie au pseudo-étranglement appendiculaire.

S'il est vrai que dans des cas extrêmement rares l'appendicite soit une fortune relativement bonne pour ceux qui la portent, comme lorsque son évolution purement locale fait se déverser au dehors la poche purulente, on peut dire qu'en général l'appendicite herniaire est autrement plus dramatique que l'appendicite abdominale ; nous avons vu pourpuoi.

Ce n'est pas sans embarras que nous allons attaquer la description clinique de l'appendicite herniaire, parce

que cette affection n'est pas une, elle n'est pas toujours elle-même et l'est si peu que les variétés qu'elle revêt, la rapprochent tour à tour de l'entéroccèle étranglée, du pincement latéral, de l'épiploïte, tantôt de l'abcès scrotal, etc. Pour être complet il nous faudrait donc, rigoureusement, décrire presque autant de formes que de cas. Nous allons cependant nous efforcer de grouper autour de quelques formes les plus communes tous les cas dont nous avons lu et relu avec la plus grande conscience les observations.

L'appendicite herniaire offre deux ordres de symptômes : des symptômes locaux phlegmasiques, des symptômes généraux d'ordre réflexe et septicémique. Que l'état général prédomine et nous aurons le tableau complet de l'étranglement herniaire, que l'état local soit le plus important et l'on abandonnera l'idée d'entéroccèle étranglée pour se demander si l'on n'est pas en présence d'une épilocèle ou parfois d'un simple phlegmon scrotal.

Nous allons commencer par présenter les aspects cliniques les plus fréquents sous lesquels se présente l'appendicite herniaire, puis ensuite nous prendrons et étudierons un par un les symptômes de cette affection et jugerons leur importance, leur valeur, et verrons à quoi peut servir, pour le diagnostic, leur connaissance.

Formes cliniques. — Parfois, c'est un sujet qui ne se savait pas porteur de hernie, et qui, sans raison apparente, sans effort, ressent dans l'aîne droite une douleur de plus en plus vive qui s'irradie bientôt dans toute la fosse iliaque du même côté. La marche lui devient impossible, il s'alite. Les mouvements respiratoires réveillant à

chaque instant cette douleur, il rend sa respiration aussi superficielle que possible. Quelques heures après il est pris de nausées et vomit des aliments d'abord, puis de la bile. L'état général du malade s'aggravant, un médecin est appelé qui trouve la région inguinale empâtée, douloureuse, chaude ; il diagnostique : *hernie étranglée*, opère et trouve après Kélotomie l'appendice seul, mais énorme et congestionné, sphacélé à son extrémité et baignant dans une poche de pus.

D'autrefois, c'est un sujet porteur d'une hernie *grosse*, mais réductible et maintenue assez facilement par un bandage. Un jour le malade oublie d'appliquer son bandage au réveil, se lève, fait un effort quelconque et au même moment il ressent une vive douleur dans la région scrotale et sent sa hernie descendre. Il se recouche, essaye de la refouler dans l'abdomen, mais il constate avec terreur qu'elle est, en un moment, devenue bien plus volumineuse qu'auparavant et que tous ses efforts pour la réduire sont vains et ne lui valent qu'un surcroît de douleur. Cette douleur persiste, même après qu'il n'exerce plus aucune manœuvre sur la hernie, elle devient continue avec exacerbations par instants et bientôt si violente que le médecin est appelé. Celui-ci, examinant la région inguinale, la voit tuméfiée, énorme, rouge, très douloureuse quand il la palpe. Cependant comme le pédicule de la hernie est gros et paraît si peu serré que l'anneau heraiiaire admet encore le doigt, comme l'état général est assez bon, il se retire après avoir ordonné de la glace localement et a diète absolue. Mais tôt après un premier vomissement apparaît, alimentaire, puis d'autres bilieux et quelquefois

un ou plusieurs fécaloïdes. En toute hâte le médecin est rappelé, on lui rend compte de ces nouveaux symptômes et il remarque que la région herniaire est bien plus chaude, rouge et douloureuse que tout à l'heure, que le malade, en quelques heures, a changé de mine, que ses yeux sont creux, souffrants, ses joues aplaties, ses traits tirés, la peau de son visage grisâtre, que son poulx est petit, rapide et que s'il fait des efforts pour aller à la selle il ne vient qu'à peine quelques gaz ; la température est à 39°, quelquefois 40°. Malgré cette élévation de température, malgré le passage des gaz et la grosseur du pédicule, le praticien, trompé par l'allure des accidents se croit en présence d'un *étranglement herniaire*, opère sans tarder, et bien lui en prend, car au milieu de portions intestinales diverses et saines il trouve un appendice gangréné et suintant de pus.

En d'autres cas, plus rares, le malade dans un état simplement nauséux et fébrile se plaint surtout de douleurs lancinantes dans sa région herniaire qui s'exaspèrent au moindre mouvement. On le découvre. La région inguinale est en effet le siège d'une importante phlegmasie, la peau du scrotum est rouge, tendue, lisse ; au-dessous d'elle la main qui palpe sent un empâtement diffus, sans autre chose de net. La température assez élevée atteint 39°, 40°. Le bon état intestinal apparent, l'absence antérieure de hernie fait éliminer l'hypothèse d'accident herniaire et penser à un *phlegmon scrotal* dont on recherche d'ailleurs vainement la cause. Un traitement antiphlogistique est institué. Le lendemain ou le surlendemain la phlegmasie s'est étendue bien au-delà du point primitive-

ment envahi, tout le scrotum est pris, le testicule est difficilement senti et si, dès les premiers jours, on ne l'avait jugé intact, assez vraisemblablement on pourrait se croire en présence d'une orchite. Cependant un examen soigné fait bientôt percevoir dans la région où avait commencé à se montrer l'inflammation, une fluctuation assez nette qui tendra à gagner les parties voisines, à s'étendre comme l'a fait l'inflammation. Si à ce moment vous n'incisez pas cette collection, le lendemain le malade vous préviendra que son abcès s'est ouvert seul pendant la nuit et que le pus s'est écoulé en très forte quantité dans son pansement, ce dont il a ressenti un grand soulagement. Cependant l'odeur du pus fétide et surtout *stercorale* vous fera penser que l'intestin n'est pas étranger à cette suppuration. Vous inciserez largement suivant le trajet du cordon et après avoir coupé un nombre remarquable de couches de tissus, vous tomberez dans une poche qui, ouverte, laissera s'échapper le pus fétide révélateur et vous montrera l'appendice presque totalement gangréné.

Voilà, résumés en trois tableaux la plupart des cas devant lesquels on aura occasion de se trouver.

Cependant si en de pareilles occasions l'opération vient apporter un diagnostic que l'on n'avait pas fait, il est bien évident qu'en d'autres cas où le peu d'importance de l'état du malade évite l'opération, le diagnostic ne sera jamais fait et cela tout en admettant, comme nous le faisons, que l'appendicite herniaire, de par son siège, est beaucoup plus grave que l'appendicite abdominale.

Pourquoi n'y aurait-il pas une forme d'appendicite herniaire analogue à l'*appendicite catarrhale* abdominale,

se traduisant comme elle par des douleurs spasmodiques dans la région inguinale, de la constipation et un état nauséeux, le tout rentrant bientôt dans l'ordre ?

Pourquoi un état analogue, mais moins aigu, se répétant plusieurs fois ne représenterait-il pas dans la hernie *l'appendicite chronique à répétition* que l'on voit si souvent dans l'abdomen et qui aboutirait un jour à une attaque franchement aiguë ?

Ces formes d'appendicite existent vraisemblablement quoique rien ne vienne relever anatomiquement leur présence et nous pensons qu'elles devaient figurer pour bon nombre des anciens engouements et inflammations herniaires.

Analyse des symptômes. — Nous venons de montrer comment se présente dans son ensemble l'appendicite herniaire, nous allons maintenant, sans nous occuper de la diversité des cas, faire l'analyse et l'étude critique des symptômes particuliers qui traduisent cette affection.

Nous avons vu que si quelquefois l'invasion de cette affection est insensible, graduelle, le plus souvent elle est brusque et marquée par l'issue soudaine et plus volumineuse de la hernie au moment d'un effort, issue qui s'accompagne presque aussitôt d'une sensation de douleur locale et de malaise général. Le malade veut faire rentrer sa hernie, mais elle est irréductible. Cette irréductibilité est sous la dépendance de l'inflammation appendiculaire et de la péritonite herniaire qui en découle. Audébut, le patient rend difficilement des matières, plus facilement des gaz, parfois rien du tout. Souvent dans les premiers temps, il est pris de nausées et rend des aliments. Plus

tard, seulement, l'affection va se confirmer, sans prendre, il faut l'avouer, de caractères précis.

La douleur est en général le premier signe qui éveille l'attention du malade. Ou bien elle apparaît tout d'un coup sans que rien ne l'ait précédée, ou bien elle s'installe graduellement et, sourde d'abord, devient de moment en moment plus aiguë. Ordinairement elle est très vive, tantôt lancinante et fugitive, tantôt continue, exaspérée par les mouvements et la pression. Elle siège naturellement au niveau de la hernie, avec un point maximum assez bien limité mais qui ne correspond pas toujours au pédicule ; parfois on la trouve bien au-dessous, jusque vers le testicule. Cette douleur s'irradie suivant le siège de la hernie, siège crural : vers l'abdomen et le trajet du nerf saphène interne, siège inguinal : vers le testicule et la fosse iliaque.

L'exploration de la région herniaire révèle une tuméfaction tendue, très empâtée, assez inégale, mate à la percussion. Quelquefois cependant on y rencontre de la fluctuation : il faut se méfier de cette sensation qui fréquemment induit en erreur.

Quand l'appendice est seul hernié, le pédicule paraît le plus souvent petit, douloureux, moins douloureux parfois que les régions inférieures ; quand l'appendice s'accompagne du cœcum, le pédicule est alors gros et souvent *indolore*, le canal inguinal est ouvert assez pour qu'il y pénètre l'extrémité de l'index ; c'est alors qu'il faut écarter l'idée d'étranglement et penser à l'appendicite herniaire.

Le ventre est généralement ballonné, surtout doulou-

reux dans la fosse iliaque. Le malade a le plus grand dégoût pour les aliments et sans cesse fait des efforts pour vomir jusqu'à ce qu'il y parvienne.

Les *vomissements* sont un phénomène constant qui ne manque même pas dans les formes locales. Comme dans l'occlusion intestinale, ils sont d'abord alimentaires, puis bilieux et, en dernier lieu fécaloïdes, mais il faut bien dire que ce dernier caractère est assez souvent absent. Cependant il est curieux de voir comment l'appendicite herniaire, sans qu'il intervienne une occlusion mécanique de l'intestin, peut produire ces vomissements fécaloïdes. Dans les cas où les vomissements ont été observés, en effet, l'appendice était souvent seul hernié et dans les autres cas l'intestin ne présentait aucun degré d'étranglement ; il faut donc expliquer ce phénomène par un pur réflexe sympathique producteur d'énergiques mouvements antipéristaltiques, réflexe analogue à celui qui doit se produire dans le pincement latéral de l'intestin. D'ailleurs, sans lésions intestinales, on rencontre parfois de pareils vomissements chez les hystériques et même chez des sujets en crise de colique hépatique. Cette hypothèse est encore justifiée par ce fait surprenant que l'occlusion vraie, l'occlusion expérimentale peut se produire sans vomissements ; c'est en effet ce qu'a prouvé la remarquable expérience de Ristein qui provoqua sur le chien l'occlusion de l'intestin par suture et vit mourir cet animal lentement d'inanition sans aucun phénomène d'iléus.

La *suppression des garde-robes et des gaz* est un phénomène bien moins constant que les vomissements. Pré-tendre, comme on l'a fait que dans l'appendicite herniaire,

Le passage des matières et des gaz ou au moins des gaz est la règle absolue, c'est se permettre une évidente exagération. Que les gaz passent presque toujours, nous l'accordons, mais dans plus de la moitié des cas, il y avait arrêt complet des matières, dans quelques cas 'aussi il y avait arrêt absolu des matières et des gaz. Cependant, par contre, on a vu des malades ne présentant aucun retentissement intestinal.

Dans l'appendicite herniaire, le tableau complet de l'occlusion intestinale n'est donc pas la règle, ce symptôme négatif est le seul qui imprime à cette affection un aspect quelque peu différent de celui de l'étranglement herniaire.

L'état général du malade va généralement de pair avec la suppuration et les vomissements. Son faciès est celui que l'on décrit habituellement sous le nom de faciès péritonéal : traits tirés, visage pâle souvent couvert d'une sueur froide et visqueuse, yeux excavés, nez pincé, lèvres décolorées.

Le pouls est petit, dépressible, filiforme, rapide.

La respiration le plus souvent est anxieuse, par réflexe et septicémie,

L'excrétion urinaire est pénible, peu abondante, parfois même, à un moment avancé de l'affection, elle ne se fait plus.

Enfin la température qui dès le début s'était élevée à 39°-40° avec légères rémissions matinales, présente dans la suite, des rémissions plus grandes, des oscillations qui permettent d'affirmer qu'elle traduit une suppuration.

Evolution. -- Dans un pareil état, le malade subit un

sort différent suivant qu'il est opéré ou abandonné à sa maladie.

Opéré, s'il l'est à temps, il a de nombreuses chances de s'en tirer. M. Auguste Pollosson estime que l'opération dans l'appendicite herniaire donne à peu près autant de chances de guérison que dans l'entérocele étranglée.

Non opéré il ne doit guère compter sur une issue favorable qui cependant quelquefois se produit et alors par ouverture de l'abcès herniaire à l'extérieur, c'est là une sorte de grâce d'état pour l'appendicite herniaire que le pus n'ait que peu de tissus à nécroser avant d'atteindre le dehors. La guérison s'obtient ainsi, mais au prix de fistules qui jamais n'en finissent et nécessitent tôt ou tard une intervention.

Mais dans la majorité des cas, il ne faut pas compter sur pareille fortune; trop de complications guettent le malade pour qu'il échappe. La septicémie le plonge bien souvent dans un collapsus dont il ne sort plus. L'infection purulente va faire de son organisme un vaste foyer de suppuration où les viscères prendront largement leur part et, selon les occasions, on verra éclater une pneumonie, une pleurésie purulente, un abcès du foie, une endocardite infectieuse, etc., toutes complications qui menacent même le sujet opéré tard et celui dont l'abcès sacculaire a pu s'ouvrir à l'extérieur. Et nous avons conservé pour la fin, la plus fréquente des complications de l'appendicite herniaire et qui ne pardonne jamais : la *Péritonite généralisée*.

II. — PRONOSTIC

Nous pouvons donc conclure, sans aucune exagération, que l'appendicite herniaire a beaucoup plus de raisons d'être mortelle que l'appendicite abdominale, par le fait même de son siège, ce qui maintenant, après tout ce que nous avons dit à ce sujet, ne saurait plus paraître paradoxal. En effet, à part les rares cas où le siège extra-sacculaire de l'appendice a limité la suppuration en dehors du sac, et ceux où la poche purulente intra-sacculaire s'est écoulée au-dehors par formation d'une fistule providentielle, toutes les appendicites herniaires et non opérées ont entraîné la mort des sujets qui en étaient atteints et nous pouvons aussi ajouter que quelques-uns opérés un peu tard ont eu le même sort et que même les cas à fistules auraient bien pu quelquefois être funestes si l'incision ultérieure de l'abcès n'avait prévenu toute éventualité.

L'appendicite herniaire est donc d'une gravité qui approche de très près celle de l'entérocele étranglée, l'indication opératoire sera donc tout aussi indiscutable, cela console de l'impossibilité de différenciation clinique entre les deux affections.

III. — DIAGNOSTIC

Toutes les fois qu'une région herniaire sera tuméfiée, douloureuse avec symptômes de réaction péritonéale, il faudra songer avec celle de toutes les autres causes, à la possibilité d'une appendicite herniaire et s'efforcer d'arriver à la connaissance de la cause probable ; cela peut du moins s'écrire, nous verrons qu'il n'y faut pas songer en pratique.

Il sera cependant généralement facile d'éliminer les inflammations périherniaires qui pourraient en imposer, telles que *l'orchite du testicule ectopie*, la *Funiculite aiguë*. Cette dernière présente parfois une allure clinique très proche de celle de l'appendicite herniaire : mêmes phénomènes aigus au début, même inflammation limitée, même forme de tuméfaction, même retentissement péritonéal. Mais une funiculite doit toujours faire ses preuves, si elle est blennorragique elle s'accompagnera d'écoulement urétral et d'un noyau d'inflammation épидидymaire, si elle est tuberculeuse, l'épididyme et la prostate donneront l'éveil.

Hévin, dans un cas que nous avons cité plus haut, avait bien rencontré l'appendice gangrené dans le cours d'une opération de ce qu'il avait diagnostiqué, *abcès par con-*

gestion ; mais c'est une erreur facile à éviter et qui depuis n'a pas été signalée.

L'adénite du ganglion de Cloquet induira plus facilement en erreur ; localement ce cas il est bien possible, comme on l'affirme, de trouver l'inflammation concomitante des ganglions voisins, mais cela ne saurait rien prouver ; l'absence des phénomènes généraux serait un signe différentiel de meilleur aloi.

Encore jusqu'ici le diagnostic n'est-il pas extrêmement pénible. Il va le devenir maintenant qu'il va nous falloir essayer de distinguer les unes des autres les diverses causes du même effet : Péritonite herniaire.

Deux de ces causes, par leur fréquence, méritent seules de nous arrêter : l'entéroccèle étranglée et l'épiploïte.

Nous avons déjà vu combien il est facile de confondre entre elles ces deux affections : étranglement herniaire et appendicite ; dans toutes les observations que nous avons lues, pas une seule fois, le diagnostic d'appendicite n'a pu être porté avant l'intervention ; presque toujours on se croyait en présence d'une entéroccèle étranglée et l'appendice lésé trouvé pendant la kélotomie était un sujet de grand étonnement. Cependant, à comparer les cas d'étranglement herniaire typique avec ceux d'appendicite herniaire ordinaire on trouve quelques différences importantes. Dans l'entéroccèle étranglée le tableau d'occlusion est presque toujours complet, dans l'appendicite il l'est rarement. Si, dans cette dernière affection les vomissements existent presque toujours, ils ne sont pas toujours fécaloïdes, tant s'en faut ; si les matières sont souvent arrêtées, parfois elles circulent et les gaz le plus souvent passent,

quelquefois même la constipation du début est suivie de véritables débauches diarrhéiques. Puis dans l'entérocèle étranglée la température tend à descendre même dès le début, dans l'appendicite herniaire au contraire elle s'élève et peut même s'élever très haut, jusqu'à 39° 40°. Enfin dans l'étranglement herniaire, les phénomènes généraux dominent si bien la scène qu'on les a fréquemment pris pour des occlusions intestinales intra-abdominales et que tous les auteurs répètent à satiété cette prudente recommandation d'avoir toujours à explorer, de parti pris, les orifices herniaires toutes les fois que des symptômes d'occlusion se manifestent. Dans l'appendicite herniaire, au contraire, les symptômes locaux ont telle importance que le malade prendrait bien soin d'en avertir son médecin.

Gosselin décrivait ainsi *l'épiplocèle enflammée* : « un malade porte depuis un certain temps un épiplocèle réductible ou devenu irréductible à la suite d'épiploïte larvée et par la formation d'adhérences. Tout à coup la tumeur devient plus volumineuse, si elle était réductible elle ne se réduit plus ; elle devient chaude, douloureuse à la pression et pendant les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques ; parfois, mais pas toujours des nausées et quelques vomissements, dans un certain nombre de cas même la constipation ». Ce tableau diffère si peu de certaines formes d'appendicite herniaire que ce serait temps perdu d'y rechercher quelques dissemblance.

On ne peut non plus prétendre à différencier l'appendicite herniaire :

Du *pincement latéral de l'intestin* qui a localement

tous les signes d'un étranglement, mais laisse passage aux gaz.

De l'*étranglement du gros intestin*, identique cliniquement à l'entérocele étranglée, avec cette différence seulement que son pédicule est plus gros et si peuserré qu'on a nié la possibilité d'un pareil étranglement.

Des hernies graisseuses. — Petites tumeurs graisseuses, comme leur nom l'indique, dépendant du *facia propria* et venues de l'abdomen dans la hernie, et qui peuvent, sous une cause quelconque, s'enflammer, devenir le siège d'une douleur vive, irradiée dans la fosse iliaque droite, puis dans tout le ventre, tandis que les garde-robes sont suspendues, qu'il survient des nausées, très rarement des vomissements bilieux et que l'état général s'altère, tableau que revêtent certaines appendicites herniaires.

De l'*étranglement du diverticule de Mækel* et de la *hernie de l'ovaire et de la trompe avec salpyngite*.

Tout ce qui vient de l'abdomen et s'enflamme dans une hernie présente des symptômes identiques ; l'inflammation pervertit les formes des organes, empâte les régions, de sorte que le toucher ne pouvant rien démêler, l'esprit n'a rien sur quoi s'exercer. Mais cela n'a d'autre importance qu'une curiosité non satisfaite, la kélotomie s'impose en tous ces cas.

TRAITEMENT

Malgré les cas de Sand, Rivet, Javamelli, diagnostiqués *étranglement de l'appendice* et qui ont guéri par simple réduction, tous les cliniciens et même ceux qui sont partisans de l'existence pathogénique de l'étranglement de l'appendice penseront que la plus élémentaire prudence doit imposer l'intervention immédiate et l'extirpation de l'appendice.

L'indication opératoire est donc pour tous les cas, sans exception mais on doit facilement comprendre que les détails de l'intervention varieront avec les différents cas, c'est-à-dire avec les diverses lésions de l'appendice que l'on rencontrera.

Dans son *Traité de chirurgie d'urgence* M. Lejars, passe en revue ces différents cas et indique pour chacun la conduite à tenir. Nous nous abritons très volontiers derrière l'autorité de cet auteur et citons textuellement les lignes qu'il consacre au sujet qui nous intéresse, tout en nous permettant d'en élaguer les explications cliniques que la lecture de notre travail aura suffisamment fournies. Nous laissons ici parler M. Lejars :

« Opérez toujours de suite et voici ce que vous découvrirez :

« a). — *Tumeur herniaire petite ou moyenne.* — Vous

« faites la kélotomie suivant la technique courante : en
« incisant le sac, vous le trouverez souvent très épais,
« composé d'un nombre considérable de feuillets super-
« posés, d'un gris rougeâtre ou jaunâtre, infiltrés de pus ;
« quelquefois il vous faudra traverser une véritable nappe
« phlegmoneuse pour l'ouvrir. Ce sont déjà des prémisses
« suspectes.

« Une fois dans le sac, une triple éventualité pourra se
« présenter.

« *Il ne contient rien qu'une quantité variable d'un
liquide louche, gris rougeâtre, fétide ou manifeste-
ment purulent ; pas d'intestin, pas d'épiploon, rien.*

« Remontez au collet, d'où le liquide continue à sour-
« dre : votre doigt seul reconnaîtra parfois, dans la pro-
« fondeur, à l'anneau inguinal interne ou derrière lui,
« une petite masse arrondie, un cordon cylindroïde et
« plein ; mais pour obtenir des données précises et faire
« besogne utile, débridez : vous tomberez alors sur un
« foyer d'appendicite bas situé, « à la porte » du sac her-
« niaire que vous venez d'ouvrir. La libération de l'appen-
« dice, la détorsion du foyer, le drainage *par le sac* et la
« réunion partielle complètent l'opération.

« *Le sac contient l'appendice seul, étranglé et dont*
« les lésions varient depuis la tuméfaction et la rougeur
« jusqu'au sphacèle, aux perforations, à la rupture par-
« tielle ou totale. Après avoir le mieux possible désinfecté
« le sac, il faut débrider suffisamment le collet, pour se
« créer un accès libre dans le foyer profond et pouvoir
« attirer et libérer l'appendice jusqu'à son insertion
« cœcale. On procèdera ensuite à l'ablation suivant la

« technique ordinaire. Si les accidents sont de date
« récente, s'il n'y a pas de perforation appendiculaire,
« pas de liquide fétide et suspect dans le sac, en pourra
« faire la cure radicale et la réunion totale : dans la plu-
« part des cas le drainage s'imposera.

« Avec l'*appendice*, on rencontre dans le sac un seg-
ment *épiploïque* de dimensions variables, d'ordinaire très
« adhérent et sur lequel on tombe d'abord au cours de la
« kélotomie. C'est après avoir décollé et soulevé la nappe
« ou le paquet épiploïque, qu'on aperçoit, tout au fond,
« autre chose : l'*appendice*, inclus d'une longueur variable
« dans le sac.

« L'intervention est toute tracée et devra consister :
« dans la ligature et l'excision de l'épilocèle, dans
« l'extraction et la résection de l'*appendice*, qu'un débrì-
« dement permettra de suivre jusqu'à la hauteur conve-
« nable.

« On fera donc, en tous ces cas, purement et simple-
« ment l'*opération de l'appendicite dans le sac herniaire*
« *débridé*.

« B). — *Grosse hernie cæco-appendiculaire*. — Ici,
« l'état local sera d'ordinaire plus complexe et la beso-
« gne opératoire plus difficile.

« Je suppose d'abord le cas le plus fréquent, celui
« d'une *hernie ancienne, volumineuse, enflammée* plutôt
« qu'étranglée, et d'aspect extérieur nettement inflam-
« matoire. Vous faites la kélotomie et vous trouvez dans
« le sac un liquide rougeâtre, épais, fétide, qui fait pen-
« ser tout d'abord au sphacèle et à la perforation intesti-
« nale ; les anses herniées sont agglutinées entre elles et

« recouvertes de fausses membranes; en les écartant,
« vous découvrez le cœcum, qui occupe la paroi posté-
« rieure du sac, et un foyer d'appendicite. Du reste, le
« collet est à peine serré, il n'y a pas d'étranglement
« proprement dit et, en aucun autre point, l'intestin ne
« paraît malade. C'est une appendicite en *milieu herniaire*
« et la technique serait toute calquée sur celle qu'on
« applique dans la fosse iliaque, s'il ne fallait pas réduire
« les anses grêles et le cœcum qui forment les parois du
« foyer intra-sacculaire.

« Aussi commencera-t-on par décortiquer et réséquer
« l'appendice et « traiter » le foyer péri-appendiculaire;
« puis on procédera à une désinfection minutieuse de tout
« le contenu du sac: lavages à l'eau bouillie chaude, dé-
« tersion sèche aux compresses aseptiques de toute la
« surface de l'intestin; s'il existe de l'épiploon, on l'ex-
« cisera après ligature haut située, puis on réduira d'a-
« bord les anses et l'on s'occupera ensuite du cœcum,
« dont la paroi, souvent infiltrée et friable au contact du
« foyer, exigera naturellement beaucoup de ménage-
« ments.

« *La collection suppurée est extra-sacculaire.* — S'il
« n'existe pas d'accidents herniaires bien accusés, on
« peut se contenter d'ouvrir l'abcès scrotal et de faire
« plus tard la cure radicale, après cicatrisation du foyer.

« Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'appendicite se
« manifeste assez souvent par des phénomènes à la fois
« extra et intra-sacculaires: on constate un abcès dans
« les enveloppes et des signes graves « *d'inflammation* »
« herniaire, de pseudo-étranglement à forme péritoni-

« tique, qui font une nécessité de l'intervention complète.
« Dans ces conditions, il est tout indiqué d'inciser et de
« vider d'abord l'abcès, avant d'ouvrir le sac, en un
« point opposé, sur la face antérieure d'ordinaire, et la
« besogne de réduction peut devenir extrêmement com-
« plexe : au lieu de chercher à réduire quand même le
« cœcum et la partie attenante du sac, souillée par le
« pus et de désinfection toujours malaisée et incomplète,
« on fera souvent mieux de laisser au dehors le segment
« cœcal inférieur, après avoir pratiqué un débridement
« suffisant pour que le cours des matières puisse
« reprendre librement ».

Nous terminerons notre étude de l'appendicite herniaire par les considérations suivantes :

Comme rien n'est plus facile à traiter qu'une maladie qui n'est pas encore venue, il sera bon, par une hygiène thérapeutique des hernies, d'éviter, dans la mesure du possible, l'appendicite herniaire.

Et pour cela on ne laissera porter à ses malades, atteints de hernie du gros intestin, de *bandage* qu'autant que l'exploration du trajet herniaire n'y aura pas révélé la présence de l'appendice. Sans quoi il faudrait réséquer cet organe et essayer la cure radicale.

Et dans le même but, toute hernie maintenue difficilement ou bien seulement en partie sera justiciable de la cure radicale, de parti pris.

OBSERVATION I (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Guillemain.

Appendicite herniaire crurale chronique avec poussées aiguës, simulant une adénite tuberculeuse suppurée. Opération. Guérison.

Mme X... 48 ans. Tempérament neuro-arthritique ; n'ayant jamais été sérieusement malade. Portait (depuis la naissance de sa fille, il y a 24 ans, dit-elle), au niveau du pli inguinal droit une hernie crurale du volume d'une petite noix qui ne l'avait jamais gênée.

Lorsqu'en décembre 1898, à la suite de grandes fatigues, elle ressent une douleur dans l'aîne et voit sa hernie s'augmenter, devenir longue d'une dizaine de centimètres et grosse à peu près comme un œuf de poule. La malade, quoique très courageuse, ne peut marcher, et se met au lit.

Les choses restent dans cet état pendant 5 ou 6 jours au bout desquels la tumeur disparaît presque subitement et avec elle la hernie vieille de plus de 24 ans.

Presque un an après, le 26 novembre 1899, la tumeur crurale apparaît de nouveau, brusquement et sans cause apparente. Le médecin, traitant la malade, ordonne le repos au lit, des grands bains, etc... mais cette fois la tumeur ne se résout pas ; les douleurs deviennent plus vives ; la malade ne peut plus manger, est constipée et la fièvre s'élève à 39°.

398, symptômes qui avec l'état local de la tumeur font songer à une suppuration.

Les jours suivants, en effet, les signes de suppuration deviennent de plus en plus évidents ; bientôt la peau rougit, s'amincit et le 14 décembre l'abcès s'ouvre spontanément à la partie supérieure et externe de la tumeur. Il s'écoule environ un litre de pus verdâtre, extrêmement fétide ; l'écoulement continue, abondant, pendant deux ou trois jours.

Dès l'ouverture de l'abcès, la fièvre est tombée ; bientôt l'appétit revient, le sommeil aussi et au bout d'une huitaine de jours la malade peut se lever.

Mais la fistule persistante laisse s'écouler un liquide séro-purulent qui va diminuant de plus en plus sans jamais cependant complètement se tarir.

Vers le milieu de janvier, au niveau du point inférieur et interne de la région occupée par l'abcès, il se fait une petite ouverture d'où s'échappe aussitôt un *pépin de raisin* et qui laisse sourdre un liquide jaunâtre produisant, à son passage, une cuisson excessive et que la malade compare à de la bile.

Depuis longtemps, son médecin proposait à la malade une intervention qu'elle refusait obstinément ne voulant pas garder le repos. Cependant il réussit à obtenir d'elle de rester au lit. Les deux fistules, ensemble ou séparément laissent passer des liquidés.

Pendant le mois de février, il se fait une ou deux poussées inflammatoires, mais bénignes. La malade se résout enfin à venir à Paris essayer une intervention. M. Guillemain la voit pour la première fois le 10 mars. L'examen pouvait faire croire à des ganglions tuberculeux suppurés de l'aîne ; mais

l'affirmation que donne la malade de la sortie d'un pépin de raisin et le siège crural de l'affection, forcent à admettre quelque chose de herniaire.

M. Guillemain intervient le 13 mars.

Il fait une incision verticale de 7 à 8 centimètres, sur et au-dessous surtout de l'arcade crurale, coupant juste par le milieu la base du triangle de Scarpa et se dirigeant vers la pointe de ce triangle.

Puis un léger débridement fait tomber dans une cavité superficielle qui est curetée et repose sur une masse du volume d'un tout petit œuf de poule, masse adhérente de toutes parts aux muscles formant le plan profond du triangle de Scarpa.

Cette masse est constituée par de la graisse pré-herniaire sclérosée, par le sac et par de l'épiploon; tout cela fusionné et impossible à dissocier.

Une fois cette masse libérée, M. Guillemain constate que son pédicule s'enfonce dans l'abdomen. Pour le dégager il fend l'arcade crurale et la paroi abdominale sur une longueur de 2 à 3 travers de doigts et alors il s'aperçoit que le pédicule s'implante sur le cœcum et n'est autre que *l'appendice* renfermé dans la masse herniaire et perforé près de sa base. L'appendice est réséqué près du cœcum et la masse, dès lors ne tenant plus à rien, est enlevée.

Surjet à deux étages, à la soie fine, sur le cœcum. Suture à la soie forte par points en U des plans aponevrotiques sectionnés; suture de la peau aux crins de Florence.

Par prudence il est introduit un drain, allant dans l'abdomen et qu'on enlève le 3^e jour.

Les crins sont enlevés les uns le 5^e, les autres le 8^e jour.

Aucune suppuration. Réunion solide par première intention.
Pas d'impulsion herniaire à la toux.

Aucun incident post-opératoire. Aucune élévation de température. Jusqu'au 25 mars, il est donné à la malade des doses décroissantes d'opium.

La malade se lève le 1^{er} avril et le 10 rentre dans son pays peu fatiguée malgré un très long voyage.

Pendant deux mois environ, elle a porté un bandage en flanelle. Les forces lui sont revenues peu à peu.

Actuellement, 8 mois 1/2 après l'opération, la cicatrice opératoire est solide, pas douloureuse et sous elle il n'y a pas de hernie.

OBSERVATION II

(Exemple de forme simulant l'étranglement herniaire).

Hernie inguinale de l'appendice seul, compliquée d'appendicite.
(Extraite du rapport de M. Thierry à la Société anatomique, juillet 1892).

Z... sujet russe, propriétaire de restaurant, âgé de 58 ans entré à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Verneuil, le 17 avril 1892.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a 8 mois il remarqué dans la région inguinale droite l'apparition d'une petite tumeur dure qu'il prend d'abord pour un ganglion. Elle est indolente, réductible, dit-il, à ce moment. On lui conseilla le port d'un bandage.

Il y a trois jours il est réveillé brusquement la nuit et se lève en toute hâte sans prendre la précaution d'appliquer son

bandage. Immédiatement douleur poignante dans toute la région inguinale, apparue au moment où il sautait du lit ; la tumeur de l'aîne devient douloureuse ; une compression énergique fait disparaître la tumeur, mais au moment où le malade va à la selle elle apparaît de nouveau et reste cette fois irréductible. Un médecin appelé prescrit des bains, tente un léger taxis. Les vomissements, les nausées surviennent et après avoir appelé un chirurgien en consultation on décide d'envoyer le malade à l'hôpital où je le vois aussitôt.

Pas d'algidité, assez bon état général, mais éructations fréquentes ; cependant il *a été à la selle* encore hier, dit-il, et, peu avant d'entrer à l'hôpital, il *a rendu des gaz*.

Dans l'aîne droite tumeur du volume du poing, dure, tendue, douloureuse, chaude et enflammée ; c'est une des plus volumineuses hernies étranglées que j'ai vues dans cette région. La question du *quid agendum* se présentait et ne laissait pas d'être quelque peu délicate en présence de ces signes d'obstruction subaiguë avec persistance du cours des matières. D'autre part, quel pouvait donc être le contenu d'une hernie aussi volumineuse si ce n'était l'intestin, et comment expliquer la persistance de l'évacuation des selles et des gaz puisque nous ajoutons peu de foi à l'évacuation du bout inférieur, toujours possible mais fort rare en clinique. Et d'ailleurs n'y avait-il pas à craindre les dangers d'une expectation en présence d'une hernie, quelle qu'elle fût, étranglée déjà depuis 3 jours.

Aussi, éclairé déjà par quelque expérience antérieure de ces étranglements à symptomatologie incomplète, je n'hésitai pas à opérer la volumineuse tumeur.

Tout d'abord mon étonnement est grand, je m'attendais

à trouver un sac volumineux avec péritonite herniaire, adhérences, etc. Je rencontre des couches infiltrées, brunâtres, puis grisâtres et stratifiées que je décortique à la manière d'une hématocele ; je procède couche par couche ; je résèque ainsi cinq ou six plis de tissus infiltrés, friables, comme fibrineux ; le volume de la tumeur se réduit considérablement et au dernier moment je me demande ce qu'il restera pour constituer le sac, lorsque la sonde cannelée perforant un dernier plan sphacélé fait sourdre un liquide odorant, évidemment fécal, formé de sérosité péritonéale mélangée de matières et de gaz ; j'agrandis alors l'incision qui me mène dans le sac infecté au milieu duquel je reconnais un faisceau filamenteux, sphacélé, putride que je cherche à fixer par une pince, songeant alors à la présence possible de l'appendice cœcal. Avant d'aller plus loin je fais une antiseptie très soignée du sac, à l'acide phénique puis au chlorure de zinc, je taille et je résèque tout ce que je peux des tuniques infiltrées du scrotum en ménageant le canal déférent et j'excise du même coup le fourreau péritonéal allongé mais non spacieux qui entourait l'appendice.

Portant alors mon doigt vers le collet de la hernie, je constate qu'il y a étranglement à l'anneau ; je débride et M. Vassilieff qui m'assiste, exerçant alors une traction sur le cordon filamenteux incarcéré, attire de l'abdomen et développe un long appendice cœcal ; au moment où le cœcum est attiré on cesse la traction ; j'applique alors un fil de soie à la base de l'appendice, très près du cœcum (trop près du cœcum ainsi que je le remarquais depuis) et je fis la résection de l'appendice en totalité. Celui-ci mesurait près de 20 cent. il était sain dans ses 2/3 supérieurs, nettement étranglé par

l'orifice inguinal à l'union du $\frac{1}{3}$ inférieur et du $\frac{1}{3}$ moyen, sphacélé au-dessous de l'étranglement et perforé à son extrémité, comme j'ai pu m'en assurer sur la pièce que je présente.

L'appendice réséqué, comment devais-je traiter son pédicule ? J'ai dit que j'avais placé la ligature trop près du cœcum ; à la rigueur, j'aurais pu réséquer l'appendice cœcal dans sa continuité, puisque mon aide avait attiré de l'abdomen les $\frac{2}{3}$ supérieurs absolument sains ; peu importe d'ailleurs ; mais devais-je le réintégrer dans l'abdomen ou le fixer à la plaie scrotale dans la crainte d'une fistule stercorale ? Ce dernier parti pouvait paraître le plus sage ; cependant, désireux d'obtenir la cure « idéale » sûr de l'antiseptie du moignon de résection, je réintérai dans l'abdomen après avoir assuré une simple ligature à la soie et sans cautérisation au thermo du moignon de l'appendice.

La plaie scrotale fut réunie par des sutures profondes au fil de Florence dont quelques-unes fixèrent des débris cellulaires à l'orifice inguinal, mais en prévision d'une antiseptie incomplète je laissai un drain dans la plaie.

Pansement sec iodoformé. Les jours suivants, le malade va bien : alimentation liquide ; toute douleur disparaît, régularisation des fonctions gastro-intestinales ; le malade s'alimente exclusivement avec du thé ; il en prenait dans son pays jusqu'à 30 et 40 tasses par jour. Cinq jours après, sa température monte un peu, je lève alors le pansement : il est complètement souillé d'un pus grisâtre, très abondant que je prends au premier abord pour du liquide intestinal ; cependant il n'a pas d'odeur ; je supprime alors les points de suture sur toute l'étendue de la plaie cutanée dont je fais

l'abstersion complète ; j'y trouve de nombreux lambeaux de tissu cellulaire sphacélé encore adhérent, mais je ne puis déterminer s'il y a ou non communication intestinale ; c'est alors que je regrette d'avoir pratiqué l'excision de l'appendice aussi près de l'ampoule cœcale.

Deux jours après, le pansement est fait de nouveau ; aucune suppuration spéciale ; la plaie est dans des conditions parfaites de réunion par seconde intention. Quelques lambeaux de tissu cellulaire s'éliminent encore, mais la plaie est belle et granuleuse et il est certain qu'il n'y a pas eu fistule stercorale : l'antisepsie de la plaie scrotale, presque impossible dans ces tissus phlegmoneux et infiltrés avait été incomplète. Dès lors, l'observation peut être close : la plaie granula rapidement sous l'influence du Vigo dont je me sers, toujours pour provoquer l'épidermisation des plaies, et 20 à 25 jours après l'opération le malade quittait le service en état général et local parfaits.

OBSERVATION III

Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-cœcal, compliquée d'appendicite. Résection de l'appendice. Castration. Mort.

Obs. de MM. Walther et Raffray, service de M. Ch. Monod citée par Sauvage. Thèse de Paris, 1895).

H..., âgé de 69 ans, courtier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 16 août 1893, dans le service de M. Monod, suppléé par M. le docteur Walther,

Cet homme, très robuste, ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel. Ne se rappelle avoir fait aucune maladie sérieuse dans son enfance. Il est porteur d'une her-

nie inguinale droite depuis une dizaine d'années, hernie en partie réductible et pour laquelle il n'a jamais consulté ; jamais il n'a porté de bandage. Jamais d'accidents douloureux de ce côté. Pas de constipation. Trois jours avant son entrée à l'hôpital, le malade est pris brusquement un soir de douleurs très vives au niveau du scrotum dans la partie droite. Jusque-là le malade était en excellente santé ; il est très affirmatif sur ce point, et n'a jamais présenté de troubles gastriques.

Pendant les trois jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital, le malade a éprouvé des douleurs scrotales très vives, accompagnées de quelques coliques abdominales, d'anorexie de constipation (pas absolue néanmoins) et de fièvre. Il dut cesser tout travail et prendre le lit. Le 4^e jour après le début des accidents, ne constatant aucun mieux dans son état, il se décide à se faire transporter à l'hôpital Saint-Antoine et est admis salle Blandin, le 16 avril 1893.

Le lendemain, à la visite, il nous raconte ce qui précède, et, après interrogatoire, nous procédons à l'examen de ce malade. Il s'agit, ainsi que nous l'avons noté au début, d'un vieillard assez robuste, présentant un embonpoint moyen. Faciès exprimant la douleur. Langue saburrale. Abdomen modérément distendu, sonore à la percussion et sensible au niveau de la fosse iliaque droite.

L'examen des principaux viscères est négatif. Les poumons sont sains, le cœur ne présente aucun souffle. A la base, on constate un second bruit fortement claqué. Le pouls radial est assez dur. Urines normales.

Le malade attire notre attention sur la région scrotale qui est considérablement augmentée de volume, dure, luisante,

rosée dans sa partie droite, très douloureuse au toucher.

La palpation permet de constater l'état de tension des parties, mais il est impossible de sentir nettement le testicule et l'épididyme. On a tout à fait la sensation d'une inflammation testiculo-épididymaire avec vaginalite aigue.

Le testicule gauche est sain : il en est de même du canal de l'urèthre qui n'est le siège d'aucun écoulement. Le malade n'a jamais eu de blennorrhagie. Temp. 38°5.

En résumé, le diagnostic ferme est assez difficile à porter. Le malade est tenu au repos, les bourses relevées; on applique des compresses résolutives sur le point douloureux, et on administre un grand lavement qui amène une évacuation satisfaisante.

Pendant 4 jours, la température ne se modifie pas et reste aux environs de 38°5.

Le malade continue à souffrir beaucoup.

Le cinquième jour, à la visite, en découvrant le malade, on note au niveau de la partie antérieure du scrotum une tache de sphacèle de la dimension d'une pièce de 2 francs. La pression à ce niveau fait sourdre une gouttelette de pus. On transporte immédiatement le malade à la salle d'opération et on lui administre du chloroforme. M. Walther pratique une incision couche par couche sur le scrotum du côté droit. Il s'échappe aussitôt du pus et des gaz répandant une odeur infecte. Toutes les tuniques des bourses de ce côté sont infiltrées de pus. Le cordon est difficilement isolé; on trouve de la phlébite du cordon et un testicule sain dans une vaginale suppurée.

A la partie supérieure de l'incision, près de l'anneau inguinal, on tombe sur une masse volumineuse de tissu cel-

lulaire et infiltré de pus. Au centre de cette masse, par dissociation, on découvre un organe allongé qui a l'aspect de l'appendice iléo-cœcal. Ce cordon aboutit à une bosselure du cœcum qui fait saillie en dehors de l'anneau. A côté du cœcum, au-dessous et en dehors, fait saillie un petit sac herniaire rempli d'épiploon. Résection après ligature de toutes les couches sphacélées ; le cordon est ligaturé et l'on pratique la castration. M. Walther fait un large tamponnement iodoformé qui refoule le cœcum dans l'anneau (25 août).

Le 4 septembre. — On constate à la visite du matin que le malade a défait son pansement pendant la nuit et a provoqué par le grattage, une hémorragie dans la paroi de la poche. M. Walther fait un nouveau tamponnement.

Les jours suivants, la plaie bien désinfectée, reste absolument aseptique, mais le malade est pris de congestion pulmonaire, puis de pneumonie et meurt le 10 septembre. Il a été impossible de pratiquer l'autopsie, la famille s'y étant formellement opposée.

OBSERVATION IV

Hernie crurale étranglée de l'appendice. (M. Guinard. Presse médicale, 28 nov. 1896).

Mme L..., 45 ans, portait depuis deux ans une hernie droite crurale qui rentrait facilement et était du reste ordinairement contenue par un bandage. Le 3 mai, au moment de se coucher, elle retire son bandage, la hernie sort et ne peut être réduite, elle se couche et dort.

Le lendemain au réveil elle ressent quelques douleurs un

peu partout. Elle put continuer son travail jusqu'au 7 mai, c'est-à-dire 4 jours, conservant son appétit et l'usage de ses fonctions digestives, l'un et l'autre absolument normaux.

Le 8 mai. — Inquiète de ne pouvoir rentrer sa hernie, souffrant de quelques légers tiraillements dans le ventre, elle consulte son médecin qui, après un taxis infructueux, l'envoie à Lariboisière. Entrée le soir du 8, elle est vue le 9 au matin par M. Guinard, l'interne n'ayant pas cru devoir l'appeler plus tôt.

L'état est le suivant: Pas de symptômes généraux, température et pouls normaux, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre. Une selle la veille, émission de gaz. Localement, petite tumeur crurale comme une petite noix, dure, douloureuse, mate. Le diagnostic porté fut épiplocèle et M. Guinard procède à la kélotomie.

Dès que l'anneau est débridé, au moment où l'anse herniée est attirée au dehors pour vérifier l'état des parois au-dessus de l'anneau herniaire, on voit sortir de la cavité abdominale l'extrémité libre de l'appendice, et en opérant une légère traction on amène au dehors la partie inférieure du cœcum. On place une ligature à la soie sur l'appendice et son insertion coule et on le résèque au thermo-cautère. On termine ensuite l'opération comme d'habitude.

M. Guinard fait remarquer qu'il n'y avait aucune trace de péritonite et que la malade n'a présenté aucune réaction générale pendant les jours qui ont suivi l'opération et précédé la guérison complète.

En examinant avec soin l'appendice, on constate qu'il présente une longueur exagérée de 15 centimètres. L'étranglement porte sur l'appendice seul ; c'est-à-dire qu'on peut voir

attenant à l'organe un méso graisseux qui allait du cœcum à l'extrémité libre de l'appendice sans être enserré par l'anneau herniaire. Cela explique comment les vaisseaux, étant respectés, il ne s'est pas produit de sphacèle du bout périphérique. Au niveau de l'agent de l'étranglement, on voit sur l'appendice deux anneaux qui marquent la place où le canal appendiculaire était nettement oblitéré. Enfin, au delà du point étranglé, l'appendice est dilaté et présente le volume et la forme d'une amande. En aucun point on ne voit de perforation ni même de menace de sphacèle. Les parois de cette extrémité renflée et dilatée sont violacées, très congestionnées, mais le péritoine qui la revêt est lisse et dépourvu de toute espèce de fausse membrane : en un mot il n'y avait pas trace de péritonite péri-appendiculaire, pas trace d'adhérence avec les viscères voisins. Cette cavité close contient un liquide couleur chocolat et on ne découvre sur la muqueuse aucune ulcération superficielle ou profonde, petite ou grande.

OBSERVATION V

Forme pseudo-phlegmoneuse. Hernie coecale compliquée, inguino-scrotale droite. Appendicite dans un sac herniaire. Cure radicale. Guérison. Gangolphe. Lyon médical, 1892.

F. J..., 46 ans, journalier, entre le 12 avril 1891, salle Saint-Pothin

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

Volumineuse hernie inguino-scrotale droite datant d'une quinzaine d'années environ. Assez facilement réductible au début, elle était devenue partiellement irréductible depuis quelques années. Le malade raconte du reste qu'il a porté

très irrégulièrement un bandage et même que depuis trois ans il ne s'est pas préoccupé de maintenir sa hernie.

Il n'en souffrait plus et n'éprouvait aucun trouble digestif. Il y a douze jours environ, sans cause appréciable, il vit brusquement la hernie augmenter de volume et surtout devenir douloureuse dans l'espace de quelques heures. Il continua néanmoins de travailler, mais avec peine et fut bientôt obligé de garder le lit à cause des douleurs qui devenaient de plus en plus vives ; il se décida alors à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate une volumineuse hernie scrotale droite du volume d'une tête d'enfant, le scrotum est rouge, chaud, très sensible à la pression à sa partie inféro-externe. A l'extrémité de la hernie on reconnaît le testicule, l'épididyme et la tunique vaginale qui sont sains.

Malgré la sensibilité de la région, on peut constater la présence de la sonorité en certains points et ailleurs des masses dures. Le collet paraît large et peu douloureux.

A part cela, conservation presque parfaite des fonctions digestives ; l'appétit est assez bien conservé, les selles peu régulières n'ont jamais fait défaut pas plus que les gaz. Aucun vomissement. Le ventre n'est ni douloureux ni ballonné. La température est normale.

On met en dehors de toute discussion l'idée d'un étranglement comme cela arrive quelquefois dans les grosses hernies adhérentes et l'on admet une inflammation de la hernie produite peut-être par une petite perforation intestinale.

Il n'était guère douteux en effet de voir suppurer le foyer, tant les symptômes étaient localisés et peu accentués. Le repos absolu au lit, la demi-diète, l'emploi de vessies

de glace furent les seuls moyens de traitement mis en usage; les jours suivants même état qu'à l'entrée.

Le 21 avril. — Incision large d'un abcès scrotal contenant un bon verre de pus très fétide, mais ni gaz, ni corps étranger, ni matières fécales. En raison de l'odeur nous soupçonnâmes bien le point de départ de la suppuration, mais notre attente fut déçue car nous pensions retrouver dans le pus le corps du délit. La suppuration tarit rapidement et le foyer drainé et pansé fut complètement guéri vers le 10 septembre.

A partir de ce moment, la tuméfaction, qui avait beaucoup diminué, s'amenda peu à peu; le repos au lit, le régime laxatif, l'application de compresses froides réduisirent la hernie au volume des deux poings.

Elle était complètement indolore et paraissait formée d'une masse épiploïque et d'anses intestinales difficiles à contenir par un bandage.

Nous nous décidâmes alors à tenter la cure radicale. Le 29 octobre, le malade est anesthésié et après désinfection soigneuse, l'opération est faite dans les conditions suivantes :

Incision de 8 à 10 cent. suivant le grand diamètre de la hernie, comprenant la peau et les tissus sous-cutanés jusqu'au sac exclusivement.

Celui-ci est ouvert dans un point libre de toute adhérence, et l'on découvre alors une masse épiploïque volumineuse qui paraît adhérer à la surface interne du sac. On parvient à dégager néanmoins l'épiploon, avec l'aide du bistouri.

Ceci fait, nous reconnaissons qu'il existe dans l'intérieur même de l'épiploon, une sorte de sac contenant de l'intestin grêle dont la réduction est facile et totale.

L'opération nous paraissait terminée, il restait seulement à achever de détruire les adhérences épiploïques avec la partie externe du sac ancien, lieu d'ouverture de l'abcès, à extirper épiploon et sac après désinfection de ce dernier.

En cherchant à distinguer le cordon et à l'isoler, nous arrivâmes jusqu'à la queue de l'épididyme et, à notre grand étonnement, il y avait là, en apparence dans l'épaisseur même du sac, comme un second cordon de la grosseur d'un porte-plume adhérent à l'épididyme et aussi à la cicatrisation de l'abcès. Après un moment d'hésitation, il nous vint à l'esprit que ce pouvait être l'appendice vermiforme.

Après l'avoir isolé à la sonde cannelée, une très petite incision longitudinale fut faite et confirma notre hypothèse en nous montrant la cavité muqueuse centrale.

Une ligature à la soie très serrée fut jetée au-dessus de l'incision complètement obstruée du reste par une pince hémostatique ; puis, appendice et pince furent entourés de gaze pour éviter l'infection. Nous nous préoccupâmes alors de la recherche et de la libération du cœcum.

Ce dernier temps nous donna quelque peine à cause des adhérences de l'intestin perdu au milieu de l'épiploon, Peu à peu les adhérences furent complètement détruites jusqu'au niveau du collet et avec le doigt ; plus haut encore restaient alors à traiter l'épiploon, l'appendice vermiforme, le gros intestin et le sac. Quatre ligatures en chaîne jetées sur l'épiploon, celui-ci fut reséqué : il pesait 5 à 600 grammes. L'appendice fut fortement lié à sa base avec de la soie et sectionné au thermocautère ; la surface cruentée fut cautérisée très soigneusement ; sa sécheresse et la réduction de son volume ne nous parurent pas mériter que nous lui fissions

un capuchon séreux. Le gros intestin fut alors réduit et maintenu pendant la dissection et la résection du sac, dont il fallut cependant abandonner çà et là quelques points très adhérents au scrotum. Le collet très large fut fermé à la fois par plusieurs ligatures au catgut et aussi par les sutures étagées.

On sutura la plaie superficielle avec des fils métalliques, sauf en un point occupé par une longue mèche de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent simples et la réunion immédiate obtenue.

Aujourd'hui, deux mois à peine après l'opération, on peut constater l'absence de toute récurrence, cependant nous avons conseillé au malade de porter un bandage encore pendant plusieurs années.

Remarques de l'auteur. — L'intérêt que présente ce fait ne réside pas seulement dans sa rareté relative, mais encore dans les considérations thérapeutiques auquel il donne lieu.

Il ne paraît pas faire exception aux règles posées par Tuffier.

Nous nous sommes trouvés en face d'une hernie cœcale compliquée de la présence de l'intestin grêle, de l'épiploon et probablement d'une partie du côlon ascendant. Cette hernie s'est accompagnée d'appendicite restée heureusement limitée et n'ayant donné lieu qu'à des phénomènes locaux grâce auxquels on aurait peut-être pu poser un diagnostic ferme.

Le cœcum et l'appendice perdus dans les adhérences

épiplœiques, placés en apparence dans les parois du sac devaient avoir été primitivement libres dans son intérieur. Mais tout à fait en dehors et en haut, le caractère des adhérences des parois scrotales avec l'intestin nous permet de supposer que le côlon était descendu secondairement et s'était dépouillé en partie de sa séreuse pour satisfaire à la distension du sac dès lors incomplet.

En un mot cette hernie offrait les deux sortes d'adhérences admises par M. Boiffin dans sa thèse : adhérences par inflammation (épiploon, appendice, cœcum), adhérences par glissement (commencement du côlon).

Ces circonstances augmentaient sans doute les difficultés opératoires, mais elles pouvaient surtout donner lieu à une terrible méprise en dissimulant la présence de l'intestin méconnu, il était évidemment lié et réséqué avec la masse volumineuse de l'épiploon.

C'est en disséquant le canal déférent et le sac que nous avons découvert par hasard, pour ainsi dire, l'appendice vermiforme et nous étions si peu fixé sur la présence non seulement du côlon, mais du cœcum que c'est en nous rappelant les détails cliniques qu'il nous revint à l'esprit que ce pouvait être l'appendice cœcal.

Dans les hernies cœcales compliquées de hernies coliques, mais non transformées ainsi par l'inflammation, pareille erreur est impossible. Le cœcum a toujours un sac complet, on peut donc le voir et le reconnaître ; seul le côlon ascendant en se dépouillant de sa tunique séreuse peut être à nu sous les autres enveloppes de la hernie présentant ainsi une adhérence charnue naturelle de Scarpa. Mais la cavité séreuse est établie à la partie

antéro-interne et la tumeur et ce n'est que par une incision portant sur la face latérale externe que l'on pourrait, sans rencontrer le sac, arriver directement sur la paroi intestinale et la sectionner.

Nous croyons pouvoir tirer de ce fait les conclusions suivantes :

1° Les hernies du gros intestin peuvent s'accompagner d'appendicite herniaire.

2° La localisation des phénomènes inflammatoires à la hernie, l'apparition d'une suppuration fébrile sans issue de gaz ni de matières fécales, sans trouble sérieux des fonctions intestinales, permettront peut-être à l'avenir de diagnostiquer cette complication.

3° La cure radicale entreprise après un délai suffisant est rendue particulièrement pénible par les adhérences et surtout par les difficultés que l'on peut éprouver à reconnaître la présence de l'intestin.

4° D'une manière générale, les incisions pour kélotomie devront être faites de préférence à la partie antéro-interne des hernies ; on évitera ainsi la blessure du gros intestin dans le cas où celui-ci est hernié.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale droite. Appendicite extra-sacculaire. Opération. Mort (par M. Aug. Pollosson, d'après Charnois. Thèse de Lyon, 1894).

Le nommé D..., cultivateur, âgé de soixante-sept ans, était porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale

ayant à peine le volume d'un poing et qu'il contenait plus ou moins mal au moyen d'un bandage.

Dans les premiers jours d'avril 1893, cette hernie augmenta brusquement de volume sous l'influence d'un effort ; elle remplit alors la moitié droite du scrotum atteignant un volume égal au moins à trois poings d'adulte ; à partir de ce moment, la hernie devient irréductible et les efforts répétés du malade et d'un médecin appelé restèrent sans résultat ; pas de phénomènes aigus d'étranglement, mais simplement douleur locale.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 8 avril 1893 ; la tumeur herniaire est énorme, tendue et modérément douloureuse ; le pédicule présente au moins le volume de quatre doigts et ne paraît pas tendu ; l'anneau inguinal large ne paraît pas exercer une violente constriction sur ce pédicule ; on ne juge donc pas opportun d'intervenir et après de nouvelles tentatives très modérées mais infructueuses de réduction, on prescrit des applications de glace sur la tumeur et une diète rigoureuse ; la douleur locale diminue légèrement pendant les premiers jours. De temps en temps expulsion de matières peu abondantes ; tous les deux ou trois jours on essaya avec douceur des manœuvres de réduction qui ne donnèrent pas de résultats.

15 avril. — Le malade a encore une selle et émet des gaz par l'anus ; le soir du même jour, augmentation de la tension dans la hernie qui devient douloureuse, apparition de douleurs abdominales ; un vomissement survient.

Le 16 avril. — Au matin, le malade est examiné avec soin et on ne se résoud pas encore à une intervention parce que le malade n'a encore eu qu'un vomissement ; parce que l'état

général est encore bon et parce que la veille encore le malade a eu une selle.

Dans la journée du 16 avril, les vomissements se répètent et deviennent plus fréquents, les douleurs abdominales augmentent en même temps que le ventre se ballonne ; le pouls devient petit et rapide.

En même temps, la peau du scrotum présente une augmentation de chaleur et un certain degré de rougeur. Ces symptômes s'aggravent rapidement dans la nuit.

Du 16 au 17 et le 17 au matin. — Le malade dont les vomissements sont devenus fécaloïdes présente un état général tout à fait effrayant. On décide alors une intervention.

Incision des téguments, décortication du sac ; en isolant ce dernier, on constate en dehors de lui et à sa partie postéro-interne une collection suppurée du volume d'un œuf siégeant dans le tissu cellulaire des bourses en dehors du sac et contre lui. Cet abcès est ouvert et nettoyé avec soin ; on incise alors le sac sur sa face antérieure et l'on constate que la hernie contenait à la fois une anse volumineuse d'intestin grêle et le cœcum en même temps qu'une partie du côlon ascendant ; en même temps s'écoule une certaine quantité de liquide citrin à peine louche et nullement purulent.

Le cœcum est situé sur la face postérieure de la hernie ; on voit l'insertion intestinale de l'appendice, on n'aperçoit pas tout d'abord son extrémité libre, mais en suivant cet appendice à partir du cœcum, on est conduit dans la cavité suppurée extra-sacculaire dont nous avons déjà parlé et l'on voit qu'en ce point l'appendice ulcéré est presque complètement sectionné.

On a donc affaire dans ce cas à l'inflammation d'un appen-

dice qui était en grande partie extra-péritonéal et qui avait donné lieu à une inflammation suppurative extra-sacculaire d'une manière analogue à ce que l'on observe lorsque les appendicites intra-abdominales donnent lieu, non pas à une péritonite, mais à un phlegmon du tissu cellulaire de la fosse iliaque. Dans le cas présent, l'appendice ayant glissé avec le cœcum dans la hernie, n'a pas donné lieu à une inflammation péritonéale, c'est-à-dire intra-sacculaire, mais à une suppuration extra-sacculaire. L'intestin grêle hernié est réduit dans l'abdomen, mais la réduction du cœcum aurait nécessité la réduction du sac ou tout au moins de la partie voisine du méso-cœcum étalé et comme cette zone était le siège d'une inflammation suppurative, il paraît impossible de la réduire malgré le nettoyage qui en a été fait.

Aussi la réduction étant considérée comme impossible, devait-on hésiter entre une résection intestinale suivi d'entérorrhaphie ou l'établissement d'un anus contre-nature.

L'état général du malade dont on n'aurait pas pu prolonger l'opération, fit rejeter l'idée d'une entérorrhaphie et M. A. Pollosson se décida à établir un anus contre nature en fixant vers la partie supérieure de la plaie le cœcum et l'anse d'intestin grêle qui y aboutissait.

Ces deux bouts intestinaux sont adossés en canon de fusil et la partie d'intestin qui était descendu dans la hernie est réséquée en même temps que le sac.

On compléta l'opération en réunissant par une suture l'incision des bourses, espérant ainsi que les matières intestinales seraient déversées au dehors et ne viendraient pas infecter la vaste cavité scrotale.

L'ensemble de l'opération avait duré près d'une heure.

Pendant les quelques heures qui suivirent, les matières s'écoulèrent par l'anus contre nature établi, mais le malade ne sortit pas de l'état de collapsus dans lequel il se trouvait et succomba dans la soirée, le jour même de l'opération.

Nous pouvons faire suivre cette observation d'une réflexion c'est que le malade aurait, suivant toute probabilité, été opéré avantageusement vingt-quatre heures plutôt si l'on avait su attribuer aux premiers symptômes leur véritable gravité.

OBSERVATION VII

Hernie inguinale droite étranglée. Opération. Présence de l'appendice cœcal gangréné, indépendant du sac. Mort. Autopsie. (Obs. recueillie par M. George Baumetz dans le service de M. Manec à l'hôpital de la Charité. Gaz. des Hop. 1859, p. 462)

Le nommé L... âgé de 19 ans, peintre en porcelaine, est amené le 22 août 1859 à l'hôpital de la Charité avec tous les symptômes d'un étranglement intestinal. Le pouls est petit, la face profondément altérée, les yeux excavés, la langue rouge et sèche. A chaque instant il est pris de vomissements dont les produits jaunâtres sont analogues aux matières fécales. Absence de selles.

Ce garçon, d'une constitution très chétive, tempérament lymphatique, a depuis huit ans une hernie inguinale droite peu volumineuse, sans douleur. Il n'a jamais porté de bandage.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, le 14 août, en faisant un violent effort pour porter un seau d'eau, il sentit

une vive douleur dans sa hernie. Le soir, la douleur avait beaucoup augmenté ; la hernie était rouge et les parties environnantes tuméfiées. Le lendemain, les vomissements apparurent, il rejeta d'abord des matières alimentaires, puis dans les derniers jours des matières fécales.

Les selles devinrent de plus en plus rares. Jusqu'au mercredi 18 août, il y a eu trois provoquées par trois lavements ; mais depuis cette époque, le malade n'a pas été une seule fois à la garde-robe.

Un médecin ayant été appelé conseilla au père du jeune malade de le faire conduire au plus vite à l'hôpital. Ce sage conseil ne fut pas suivi. Le père assura qu'il le guérirait bien lui-même et joignant l'action aux paroles, il appliqua tant bien que mal sur la tumeur un bandage herniaire ; mais au bout de quelques instants, il survint d'atroces douleurs et il fallut, comme on le pense bien, retirer l'appareil.

Aucune autre tentative de réduction ne fut faite. On appliqua seulement de la glace sur la hernie ; mais les symptômes empirant de jour en jour, le malade se décida à entrer à l'hôpital, où il fut couché salle Ste-Vierge n° 25, dans le service de M. Velpeau.

Nous avons déjà parlé des symptômes généraux, voici ce que nous donne l'examen local.

A la partie la plus interne de l'aîne droite et suivant la direction du cordon, on trouve une tumeur ovulaire du volume d'une grosse noix ; cette tumeur est dure et ne présente pas la consistance d'une hernie. On sent en l'examinant avec soin une espèce de corde ou de cordon dur, qui est placé entre la peau et la tumeur ; la douleur est très vive, la peau

est rouge, le ventre est ballonné dans toute sa portion sous-ombilicale ; il est douloureux à la pression.

En face de tous ces symptômes, M. Manec, chargé momentanément du service de M. Velpeau, juge l'opportunité d'une opération. Le malade est donc conduit à l'amphithéâtre. M. Manec, après avoir fait un pli à la peau, pratique une incision parallèle au grand diamètre de la tumeur, puis il passe à la dissection du tissu cellulaire qui est très enflammé et présente en ce point de petits foyers de pus. Cette dissection conduit sur un corps qui a toutes les apparences d'un intestin gangréné ; ce corps est baigné par le pus. En l'isolant avec soin des tissus environnants, on s'aperçoit qu'il est formé par un cordon de la grosseur d'une plume d'oie qui d'une part sort de l'anneau inguinal et de l'autre se plonge dans le scrotum. Le corps est grisâtre, comme gangréné et on ne sent rien dans son intérieur.

La première idée de M. Manec fut que l'on avait affaire là à l'appendice du cœcum ; l'appendice fut rejeté de côté. Au-dessous et adhérent à sa face postérieure, on trouve une poche à parois épaisses parsemées de petits points en suppuration, qui n'est autre que le sac herniaire. Ouvert avec la plus grande précaution, il laissa voir une très petite portion d'intestin étranglé. Cet intestin est d'un rouge vif peu foncé.

M. Manec procède alors au débridement ; le bistouri bouchonné est porté à deux endroits, à l'orifice inférieur du canal inguinal et à l'orifice supérieur : l'anse herniée est légèrement tirée en dehors, l'intestin trouvé sain, peu congestionné relativement à la durée des accidents. On procède à la réduction ; mais en ce moment le malade se débattant avec

violence et jetant les hauts cris, cette réduction devient très difficile. On soumet alors le malade aux inhalations de chloroforme et pendant le sommeil anesthésique l'on réduit avec facilité.

Restait le corps cylindrique que M. Manec considérait comme l'appendice du cœcum ; on cherche, mais en vain, son extrémité inférieure : elle paraît plonger dans le fond du scrotum. M. Manec alors abandonne sa première idée et dit qu'on pourrait bien avoir affaire, ainsi que l'avaient pensé quelques assistants, au canal spermatique altéré par le pus, la hernie pouvant avoir dissocié les éléments du cordon.

Une petite artère est liée à l'angle inférieur de la plaie puis on procède au pansement ; trois bandelettes agglutinatrices rapprochent les bords de la plaie, un pansement simple est appliqué par dessus, et le tout est maintenu par un spica. Le malade est rapporté à son lit ; des onctions à l'axonge sont faites sur le ventre. Potion huileuse, lavement purgatif.

De midi à trois heures, le malade a trois selles ; pas de vomissements. A cinq heures, les vomissements reparaissent.

Le 23, au matin. — L'état du malade est bien aggravé ; pendant la nuit les vomissements n'ont pas cessé ; il n'y a pas eu de selles ; le pouls est filiforme, les extrémités sont froides et cyanosées, le ventre est ballonné, peu douloureux.

On enlève le pansement pour voir si l'intestin est resté en place : rien n'a bougé. On remet un nouveau pansement. Onction avec l'axonge sur le ventre, alèzes chaudes aux extrémités.

A onze heures, tous les symptômes dont on vient de parler ont augmenté ; le pouls est imperceptible ; le malade est complètement cyanosé. Potion cordiale, sinapismes.

A midi, le malade meurt.

L'autopsie est pratiquée 24 h. après le décès. Les parois abdominales étant ouvertes par une large incision cruciale, on trouve les intestins rouges, congestionnés, n'ayant d'ailleurs contracté aucune adhérence ; le liquide de la cavité péritonéale n'est pas altéré. Les gaz distendent les intestins.

En écartant les anses intestinales, on arrive à l'orifice interne du canal inguinal. Devant cet orifice, et ayant contracté des adhérences à son pourtour, adhérences qui se rompent d'ailleurs avec facilité, se trouve la portion d'intestin qui a été réduite. Elle est d'un rouge un peu foncé ; la distance qui sépare le point hernié du cœcum n'est que de 14 centimètres.

Le méso-cœcum manque ; le cœcum, placé très bas, touche à l'arcade crurale et son appendice vermiculaire plonge dans l'orifice interne du canal inguinal, en avant du collet du sac herniaire et complètement indépendant de ce dernier, et jusque dans l'anneau il est parfaitement sain.

En disséquant avec soin la région inguinale, on trouve que ce cordon sur la nature duquel il y avait eu des doutes, est bien l'appendice du cœcum profondément altéré par le pus qui le baigne de tous côtés. Cet appendice, dans sa portion herniée, a 7 cent. de longueur. Dans toute cette étendue, il a contracté de nombreuses adhérences avec le tissu cellulaire environnant. Ces adhérences, sous forme de brides, maintiennent, en lui faisant faire de nombreux circuits, l'appendice dans sa nouvelle position.

Dans son intérieur, l'appendice ne contient pas de corps étrangers ; on ne trouve que du pus.

Au-dessous de l'appendice cœcal se trouve le sac herniaire.

Ce sac a le volume d'une noix, sa paroi est épaissie. Par son côté externe, il est adhérent avec le tissu cellulaire épaissi et suppuré et en avant avec l'appendice cœcal. Sa surface interne est rouge. Enfin, en arrière du sac, on trouve le cœcum avec tous les éléments un peu enflammés.

Ainsi donc, en résumé, on trouve successivement, en allant de l'extérieur vers l'intérieur, la peau, le tissu cellulaire enflammé et suppuré, l'appendice du cœcum, le sac herniaire contenant la portion de l'intestin grêle étranglée, enfin reposant sur le pubis, le cordon.

L'ouverture du thorax ne nous a rien révélé, si ce n'est l'existence d'une pleurésie ancienne du côté droit.

Rien dans le cerveau.

APPENDICITES HERNIAIRES INGUINALES

- VIII. — Hernie inguinale droite congénitale chez un enfant de 2 ans. Etranglement. Péritonite généralisée. Mort. Ulcération de l'appendice vermiforme. (Th Dublin Journal, juillet 1841).
- IX. — Hernie inguinale droite chez enfant de 18 jours, contenant l'appendice iléo-cœcal étranglé, guérison après opération. (Thèse Renault. Paris, 1898. Obs. I).
- X. — Hernie inguinale droite, étranglée, formée par l'appendice cœcal. Femme 68 ans. Opération. Guérison. (Carlo Javamelli).
- XI. — Hernie inguinale droite contenant l'appendice iléo-cœcal seul, étranglé. Mort. Autopsie, (Merling. Thèse d'Heidelberg. 1826).
- XII. — Hernie inguinale droite de l'appendice iléo-cœcal avec épiploon. Etranglement. Opération. (Ma'gaigne. Mémoire sur les étranglements, 1841).
- XIII. — Etranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal chez un homme de 71 ans. Incision de l'abcès. Mort. (Pollosson. Lyon méd., mai 1893).
- XIV. — Hernie inguinale droite étranglée. Présence de l'appendice sphacélé. Homme de 72 ans. (Obs. recueillie par M. Mouillé dans le service de M. Larabie, salle 7, n° 28).

- XV. — Hernie inguinale droite chez homme de 51 ans. Appendicite herniaire. (Obs. recueillie par M. Mérand interne à Saint-Joseph, développée dans thèse de Briançon, Paris 1897).
- XVI. — Hernie inguinale droite chez homme de 60 ans. Appendicite herniaire. Fistules scrotales. Mort. (Citée par Thurnam, 1848) d'après Merling.
- XVII. — Hernie inguinale scrotale double chez un enfant de 18 mois avec fistule cutanée appendiculaire droite (par le Dr Veslin d'Evreux. Rapport de M. Michaux à la Soc. de chir. le 23 décembre 1896).
- XVIII. — Hernie inguinale droite contenant l'appendice étranglé. Guérison. (Thèse de Rivet, Paris, 1894).
- XIX. — Hernie inguinale droite. Appendicite. Opération. Guérison. (Thèse de Rivet, Paris, 1894).
- XX. — Hernie ing. droite. Appendice nécrosé, perforé. Guérison avec fistule stercorale. (Thèse de Rivet).
- XXI. — Hernie ing. droite. Symptômes d'étranglement. Incision : Appendice adhérent à l'anneau herniaire. Libération et réduction. Guérison. (Th. de Rivet).
- XXII. — Hernie ing. droite. Sympt. d'étranglement. Appendice fortement adhérent au sac. Réduction. Guérison. (Lancet, sept. 1880).
- XXIII. — Hernie scrotale droite. Pus. Appendice enflammé, étranglé au niveau de l'anneau. Réduction. Mort au bout de 5 heures. (Lancet, mai 1880).
- XXIV. — Hernie ing. droite. Sympt. d'étranglement. Appendice gangrené. Suture à la plaie. Elimination. Guérison. (Lvebker 1884) cité par Rivet.
- XXV. — Hernie ing. droite constituée par l'appendice et

compliquée d'appendicite. Enfant 2 ans 1/2. Guérison. (Alfons Niche. Th. de Munich, 1892).

XXVI. — Hernie ing. droite de l'appendice seule. Appendicite. Guérison spontanée. Mort d'autre maladie. (Alfons Niche).

XXVII. — Enfant de 5 mois. Hernie dr. formée par l'appendice seul et compliquée d'appendicite. Opération. Guérison. (Davies Colley, on hernia of the appendix vermiciformis, Guy's Hospital Reports XXVII).

XXVIII. — Hernie ing. dr. compliquée d'appendicite due à la présence d'arête de poisson. Homme, 66 ans. (Alfons Niche).

XXIX. — Hernie ing. dr. formée par l'appendice seul et compliquée d'appendicite. Enfant de 5 ans. Guérison. (Ferdinand Jackle. Thèse de Marburg 1888).

XXX. — Hernie ing. dr. formée par l'appendice enflammé. Enfant de 6 ans. Guérison. (F. Jackle).

XXXI. — Hernie ing. dr. contenant l'intestin grêle, le cœcum, l'appendice et compliquée d'appendicite. Homme 66 ans. Refus d'opération. Mort. (F. Jackle).

XXXII. — Hernie ing. dr. compliquée d'appendicite. Homme de 64 ans. Opérat. Guérison (F. Jackle).

XXXIII. — Hernie ing. dr. compliquée d'appendicite. Homme de 58 ans. Mort (F. Jackle).

XXXIV. — Homme 67 ans. Hernie ing. dr. avec phén. d'étranglement. Opération. Appendicite avec os dans la cavité appendiculaire. Guérison. (Thompson. British. méd. Journal, 1882, p. 579).

XXXV. — Hernie ing. dr. Homme 59 ans. Appendice étran-

glé. Ablation. Cautérisation. Guérison. (Rivet, Th. de Paris, 94).

XXXVI. — Hernie ing. dr. étranglée. Appendice gangrené. Résection. Guérison. (Tirée de la clinique chir. de Breslau).

XXXVII. — Hernie ing. dr. Sympt. d'étranglement. Épiploon adhérent et appendicite. Ablation des deux. Mort (Rivet).

XXXVIII. — Hernie ing. dr. irréductible. Appendice infiltré. Résection. Guérison. (Rivet, thèse Paris 94).

XXXIV. — Hernie ing. dr. interne étranglée avec gangrène de l'appendice. Homme 55 ans. (Pistory. Clinique allemande de Berlin. 1850, II, p. 416). Guérison.

XL. — Hernie ing. droite, contenant l'intestin grêle, le cœcum et l'appendice. Pseudo-étranglement. Opération. Appendice gangrené. Guérison. (Charnoi. Thèse de Lyon, 1894).

XLI. — Hernie ing. dr. avec phén. d'étrangl. Cœcum et appendice gangrenés. Opération. Mort par tétanos. (D^r Perrin fils. Revue méd. de la Suisse Romane, 1890).

XLII. — Hernie ing. dr. ext. enflammée, contenant l'append. vermit. perforé. Opération. Guérison. (Bier. Deutsch. méd. Wochenschrift, 1892, p. 543).

XLIII. — Hernie ing. dr. chez homme de 63 ans, constituée par l'appendice et compliquée d'appendicite. Corps étrangers dans l'appendice. (Bariéty. Thèse de Paris, 95).

XLIV. — Hernie ing. droite constituée par l'appendice iléo-cœcal et une masse d'épiploon. Mort. Autopsie.

Appendice perforé. (Guersant fils. Gaz. des Hôp., 1841, p. 314).

XLV. — Hernie ing. dr. chez enfant de 13 mois, compliquée d'appendicite. Guérison. (Monks. Bost. méd. and. surg. Journal. Juin 1890, p. 543).

XLVI. — Homme 57 ans. Hernie ing. dr. constituée par l'appendice et compliquée d'appendicite. Guérison. (Alfons Niche. Th. de Munich. 1892).

XLVII. — Appendice enflammé, contenant un particule métallique enlevé au cours d'une cure rad. de hernie ing. dr. chez un jeune homme de 18 ans. (M. Pothe-rat. Soc. de chirurg. 15 juin 1898).

XLVIII. — Hernie *inguinale gauche* contenant intestin grêle, Colon ascendant, cæcum avec appendice. Compliquée, d'appendicite. Chez un homme de 63 ans. Opération. Mort. (Braddley. Méd. Times and Gazette, 1878, T. I p. 617).

XLIX. — Hernie ing. *gauche* chez homme de 52 ans. Appendice dégénéré. Résection. Guérison. (Rivet. Thèse de Paris, 1894).

Appendicites herniaires crurales.

L. — Femme de 60 ans. Hernie crurale droite constituée par l'appendice iléo-cæcal. Etranglement. Kélotomie. Absence de sac. Guérison. (Cabaret. Journal des connaissances méd. chir., 1842, p. 54).

LI. — Femme 42 ans. Hernie crurale droite contenant l'appendice cæcal. Etranglement. Kélotomie. Sphacèle de l'appendice. Guérison. (Morse. Wiener méd., n° 15, 1862).

- L. — Femme 31 ans. Hernie crurale de l'appendice seul. Etranglement. Opération. Guérison. (Pollosson. Lyon méd. mai 1893).
- LI. — Femme 37 ans. Hernie crurale droite. Appendicite herniaire. Opération. Guérison. (Rivet, th. Paris, 94, obs. 11).
- LII. — Hernie crurale droite. — Sympt. d'étranglement sans constipation. Dans le sac herniaire l'appendice replié et adhérent. Réduction. Mort (Rivet).
- LIII. — Hernie crurale droite. Anse appendiculaire étranglée, perforée. Résection. Guérison. (Jackl. Die Erkrankung der processus vermiformis in Bruchrach. Din. Marburg, 1888).
- LIV. — Hernie crurale droite. Appendice mortifié. Sympt. d'étrangl. Ligature. Guérison. (The Lancet, Pick. vol. I, p. 801, 1880).
- LV. — Hernie crurale droite. Sympt. d'étrangl. Appendice perforé. Pérityphlite. Résection de l'appendice. Septicémie. Mort. (Brunner 1889) cité par Rivet.
- LVI. — Hernie crurale droite. Sympt. d'étr. Appendicite. Opérat. Guérison. (Rivet, th. Paris, 94, obs. 20).
- LVII. — Hernie crur. dr. Femme 50 ans. Appendicite. Guérison avec fistule. (Rivet. Th. 94, ob. 21).
- LVIII. — Hernie crur. dr. de l'appendice. Etranglement peu serré, Kélotomie. Réduction. Guérison. (Sand. Méd. Record, 1881, p. 706).
- LIX. — Hernie crurale droite constituée par l'appendice iléo-cœcal. Perforation. Fistule stercorale. Mort. Autopsie. (Hévin. Cours de Path. et de Thér. chirurg. p. 407).

- LX. — Femme 30 ans. Hernie crurale droite contenant l'appendice étranglé. Kélotomie. Guérison. (Puchets cité par Merling dans thèse d'Heidelberg, 1836).
- LXIII. — Hernie crurale droite contenant l'appendice cœcal. Etranglement. Kélotomie. Sphacèle de l'appendice. Guérison. (Morse. Wiener. méd. Woch., n° 15, 1802.)
- LXIV. — Hernie crurale droite étranglée. Femme 60 ans. Opération. Appendice perforé. Résection. Guérison. (Correspondenz. Blatt, für Schweiz. Aertze, 1890, *Kronlehn*)
- LXV. — Hernie crurale droite constituée par l'appendice et compliquée d'appendicite. Femme 72 ans. Mort. (Alfons Niche. Thèse de Munich, 1892.)
- LXVI. — Hernie crurale dr. formée par l'appendice, compliquée d'appendicite. Femme 37 ans. Guérison. (Ferdinand Jackle. Thèse de Marburg, 1888).
- LXVII. — Hernie crurale dr. formée par l'appendice et compliquée d'appendicite. Guérison avec fistule. Femme de 60 ans. (F. Jackle).
- LXVIII. — Hernie crurale dr. compliquée d'appendicite chez femme de 60 ans. Opération. Mort. (F. Jackle.)
- LXIX. — Hernie cr. dr. compliquée d'appendicite. Guérison. Femme de 27 ans. (F. Jackle).
- LXX. — Hernie crurale droite de l'appendice chez femme de 60 ans. Etranglement de l'appendice. Réduction. Guérison. (Ch. Monod, d'après Sauvage, in thèse 1895.
- LXXI. — Hernie crurale droite de l'append. Accid. d'étranglements. Cure radicale. Réduction. Guérison. (Thèse de Sauvage, 1895, obs. V).

- LXXII. — Hernie fémoro-crurale droite chez femme de 67 ans. Appendice étranglé. Opération. Guérison. (Recueillie par le Doct. Edward Swasey de New-York et publiée par Sand dans le Méd. Record 1881, p. 706).
- LXXIII. — Hernie crurale droite chez femme de 42 ans. Etranglée depuis 3 jours. Appendice vermiforme gangrené. Guérison après opération. (Dieffenbach 1843. — Sugery, vol. II. p. 600).
- LXXIV. — Hernie crurale droite. Sympt. d'étranglement dans le sac herniaire appendice non altéré mais congestionné et infiltré. Réduction. Guérison. (Rivet. Thèse de Paris 1894. Obs. IX).
- LXXV. — Hernie de l'appendice vermiforme avec épiplo-cèle étranglée. Résection de l'appendice. Guérison. (Walther, cité par Sauvage dans thèse de Paris 1895).

CONCLUSIONS

1° L'appendicite herniaire, après l'entérocele étranglée, est une des causes les plus fréquentes et certainement la plus grave de la *Péritonite herniaire des anciens*.

2° C'est à partir de 45 ans et chez d'anciens hernieux, hommes ou femmes qu'elle apparaît le plus souvent. Cependant elle n'est pas rare chez de jeunes sujets.

3° Le fait que l'appendice soit hernié, rend l'inflammation de cet organe *plus fréquente et plus grave*.

Plus fréquente, car, en dehors des causes qui lui sont communes avec l'appendicite abdominale, elle en reconnaît qui lui sont particulières : traumatismes divers, *port du bandage*, inflammation facile du cœcum hernié par stagnation des matières, occlusion favorisée particulièrement dans une poche herniaire par brides, adhérences, coutures, etc.

Plus grave, par l'étranglement secondaire, sur l'anneau naturel, de l'appendice augmenté de volume par inflammation.

L'étranglement appendiculaire *primitif* ne saurait exister qu'en des occasions tellement exceptionnelles qu'il

faut, dans la pratique, agir comme s'il n'existait pas et ne jamais refouler dans l'abdomen un appendice apparemment étranglé.

4° Les lésions de l'appendicite herniaire sont les mêmes que celles de l'appendicite abdominale, dans les grandes lignes. Mais le mécanisme de la hernie de l'appendice crée deux variétés anatomo-pathologiques distinctes.

a) L'appendice enflammé est contenu dans un sac péritonéal qui prend part à la phlegmasie; c'est le cas de beaucoup le plus fréquent.

β). — L'appendice est dépouillé de péritoine sur une partie ou la totalité de sa surface, il est *extra-sacculaire* et alors la poche herniaire peut ne pas être atteinte ou ne l'être que légèrement. Les cas de ce genre sont rares.

5° L'appendicite herniaire est cliniquement *polymorphe*.

On peut cependant grouper la diversité des cas autour de deux formes principales :

α). — L'une à symptômes abdominaux et généraux simulant suivant leur intensité : *l'épiplocèle enflammée* ou *l'entérocele étranglée*.

β). — L'autre à symptômes locaux prédominants, se rapprochant du *phlegmon scrotal* ou *crural*, suivant le siège. Cette forme est beaucoup moins fréquente que la première.

6° Le diagnostic d'appendicite herniaire est le plus souvent impossible à faire. C'est avec *l'entérocele étranglée* qu'on confond presque toujours cette affection.

7° L'indication thérapeutique est invariable :

La *kélotomie immédiate* (lorsqu'il y a un sac) avec mode de conduite ultérieur dicté par l'état de l'appendice et l'état du contenu herniaire (intestin-épiploon).

Vu par le président de thèse

PINARD

Vu : pour le Doyen,

L'Assesseur,

POTAIN

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Alti.** — Thèse de Paris 1894. Hernie du cœcum et de l'appendice.
- Bajardi.** — Lo sperim. sér. clinica. n° 17 et 18.
- Barette.** — Des hernies compliquées d'adhérences. Thèse de doctorat. Paris, 1887.
- Bariéty.** — Des hernies de l'appendice cœcal compliquée d'appendicite. Thèse de Paris, 1895.
- Baumetz (G.).** — Gazette des hôp. 1859, page 462.
- Berger.** — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus. T. VI, p. 100.
- Bier.** — Deutsch méd. Wochenschrift, 1892, p. 543.
- Boiffin.** — Hernies adhérentes au sac. Thèse de Paris, 1887.
- Braddley.** — Méd. Times and. Gaz. 1878, T. I, p. 617.
- Briançon.** — Hernies de l'appendice ileo-cœcal et appendicite herniaire. Thèse de Paris, 1897.
- Brieger.** — Die hernie des process. vermiformis. Arch. f. Klin. Chir., 1893.
- Broca.** — Hernies adhérentes. (Gaz. heb. de Méd. et de chir., 1888. p. 19).
- Cabaret.** — Hernie crurale de l'appendice cœcal. Journal des Connaissances, méd. chirurg., 1842.
- Charnois.** — Hernies du cœcum compliquées d'appendicite, Thèse de Lyon, 1894.

Charyau. — Journal de la société de médecine de Nantes.

Compte-rendu de la séance du 10 mars 1837.

Clinique chirurgicale de Breslau, 1890.

Davius Colley. — On hernia of the appendix vermiformis.

Guy's hospital, Reports XXVII.

Dieffenbach. — Surgery, vol. II, p. 600, 1848.

Dublin-Journal. — Juillet 1841.

Gangolphe. — Hernies du gros intestin. Appendicite herniaire. Lyon médical, 1892.

Guersant fils. — Gaz. des hôp. 1841 p. 314.

Guinard. — Presse médicale, 28 nov. 1896.

Hedrich. — Etude sur les hernies du cœcum à gauche,
Gaz. méd. de Strasbourg, 1889, p. 121-133.

Herbett. — Méd. Times and Gazette, 1878.

Hévin. — Cours de pathologie et de thérap. chirurg. p. 407.

Jackle. — Die Erkrankung des processus vermiformis in
Bruchrach. Thèse de Marburg, 1888.

Jalaguier. — α). — Congrès de chirurgie de 1888, 16 mai.
Hernie du cœcum.

— β). — Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.
T. VI.

Javamelli. — Annali universali di Osmondi, 1856.

Jopson. — Hernia of the vermiform. appendix. Univ. méd.
Mag. Phila. 1900, XIII, 94-101.

Klein. — Über die Ausserey Bruck die processus vermiformis Cocci. Giessen. 1868.

Kronlein. — Correspondenz-Blatt, für Schweiz Aertze,
1890.

Launois. — Etranglement herniaire chez les enfants.

— Revue des maladies de l'enfance, 1883.

- Le Dentu.** — Cliniques de 1892.
- Lejars.** — Chirurgie d'urgence, p. 642.
- Malgaigne.** — Mémoires sur les étranglements, 1841.
- Maydl.** — Ueber retrograde incarceration der tuba und des Processus vermiformis (in Leisten und Schenkelhemienn Wiener Klin. Rundschau, 1895, n° 2-3).
- Mérigot de Treigny.** — Hernies du gros intestin. Thèse de Paris, 1887.
- Merling.** — Thèse d'Heidelberg, 1826.
- Mézangeau.** — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice iléo-cœcale. Thèse de Paris, 13 déc. 1899.
- Michaux.** — Bulletin de la Soc. de chir., janvier 1896.
- Monks.** — Bost. med. and surg. journ., juin 1890.
- Morgan.** — Transact. of the patholog. Society, XXV.
- Morse.** — Wiener méd. n° 15, 1862.
- Newbolt.** — Brit. méd. Journ. 27 mars 1897, p. 78.
- Niché (Alfons.).** — Thèse de Munich, 1892.
- Pascal et Pilliet.** — Apoplexie de l'appendice hernié.
Bull. soc. anat. de Paris, 1898, p. 352-354.
- Perrin (fils).** — Revue méd. de la Suisse Romane, 1890.
- Pick.** — The Lancet, 1880. Vol. I, p. 801.
- Pistory.** — Deutsch Klinick. Berlin, 1850, II, 416.
- Potherat.** — Soc. de chirurg. 15 juin 1898.
- Pujol.** — De la hernie ing. gauche du cœcum. Gaz. des hôp., 1896, p. 304, 1121.
- Reclus.** — Hernie ombilicale de l'appendice. Société d'an. séance du 15 juin 1892.
- Remedi.** — Sull. prolasso dell. appendice vermicolare. Atti. della R. Acad. déi. Fisiocritia, 1892, sér. 4. T. II.

- Renault.** — Hernies du cœcum et de l'S iliaque chez l'enfant. Thèse de Paris, juin 1899.
- Rivet.** — Les hernies de l'appendice vermiforme. Thèse de Paris, 1894. Gaz. des hôp. 1898, p. 721-724.
- Sand.** — Méd. Record 1881, p. 706.
- Sauvage.** — Hernies du cœcum et de l'appendice. Thèse de Paris, 1899.
- Steech.** — Uno caso di appendicocèle inguinale Senza Sacco. Suppl. al Policlin. Roma 1900. VI. 753-756.
- Taillefer.** — Appendicite herniaire. Indépend. méd., 1897, p. 361.
- Thierry.** — Appendicocèle. Bull. de la Soc. anat., 1892.
- Thompson.** — British. méd. Journal, 1882, p. 579.
- Trêves.** — Mémoire sur les hernies du cœcum. Brit. méd. Journ., 1887.
- Tuffier.** — Cœcum et ses hernies. Arch. gén. de méd., 1887. T. I, p. 641. T. II, p. 52.
- Vallée.** — Hernie de l'appendice iléo-cœcal dans le canal inguinal. Normandie méd. Rouen, 1900 — 176-178.
- Walther.** — Observation d'appendicite herniaire, in thèse de Sauvage. Paris, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Préface.....	7
Introduction.....	10
Historique.....	14
Etiologie-Pathogénie.....	21
Anatomie Pathologique.....	35
Symptomatologie.....	39
Pronostic.....	50
Diagnostic.....	51
Traitement.....	55
Observations in extenso.....	60
Observations dont la source est indiquée.....	88
Conclusions.....	96
Index bibliographique.....	99

